

**Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5**

**DOKUMENTACE RAN**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**MARIE KOVÁŘOVÁ**

**Praha 2018**

**VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o. p. s., PRAHA 5**

## **DOKUMENTACE RAN**

Bakalářská práce

MARIE KOVÁŘOVÁ

Stupeň vzdělání: bakalář

Název studijního oboru: Všeobecná sestra

Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

Praha 2018



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.  
se sídlem v Praze 5, Duškova 7, PSČ 150 00

KOVÁŘOVÁ Marie  
3BVS

### Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti Vám oznamuji schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Dokumentace ran

*Wunddokumentation*

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D.

V Praze dne 1. listopadu 2017

  
doc. PhDr. Jitka Němcová, PhD.  
rektorka

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita k získání stejného nebo jiného titulu nebo titulu neakademického. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne 20.3.2018

Kovářová Marie

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji vedoucí práce Mgr. Eva Marková, Ph.D. za cenné rady, vstřícnost, připomínky a odborné vedení při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování patří také zaměstnancům Jablonecké nemocnice, kteří se zúčastnili průzkumného šetření. Rovněž děkuji Kláře Krpatové a své rodině za podporu v průběhu celého studia.

## ABSTRAKT

KOVÁŘOVÁ, Marie. *Dokumentace ran*. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. Stupeň kvalifikace: Bakalář (Bc.). Vedoucí práce: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 79 s.

Bakalářská práce se zabývá dokumentací ran, má vytyčené tři cíle. Poznávacím cílem je zjistit, zda dokumentace ran na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. splňuje legislativní požadavky a jak se dokumenty, podle nichž je dokumentace realizována, shodují s doporučeními ČSLR. Symbolickým cílem je upozornit na způsob provedení záznamu, využívání hodnotících kritérií a seznámit všeobecné sestry s výhodami zpracování dat v rámci elektronické ošetrovatelské dokumentace. Aplikačním cílem je návrh změn konkrétních formulářů a doporučení k používání modernějších metod záznamu. Pro splnění cílů práce byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda. Hlavní metodou ke sběru dat byla využita technika analýzy dokumentů, doplňkovou metodou polostrukturovaného rozhovoru. Provedeným výzkumem bylo zjištěno, že splnění legislativních opatření, nezaručují vždy používání doporučení profesních sdružení.

Klíčová slova

Zdravotnická dokumentace. Ošetrovatelská dokumentace. Lékařská dokumentace. Dokumentace ran. Hodnotící škály. Popis rány. Fotodokumentace.

# ABSTRACT

KOVÁŘOVÁ, Marie. *Wunddokumentation*. Medizinische Hochschule. Grad: Bachelor (Bc.). Supervisor: Mgr. Eva Marková, Ph.D. Praha. 2018. 79 Seiten.

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Wunddokumentation, hat sich drei Ziele gesteckt. Das Erkennungsziel besteht darin, festzustellen, ob die Wunddokumentation in der chirurgischen Abteilung des Gablonzer Krankenhauses, p. o. die legislativen Anforderungen erfüllt und wie die Dokumente, nach welchen die Dokumentation durchgeführt wird, mit den Empfehlungen des ČSLR übereinstimmen. Das symbolische Ziel besteht darin, darauf hinzuweisen, auf welche Art und Weise die Aufzeichnung, die Verwendung von Bewertungskriterien und besteht darin. Besteht darin das Pflegepersonal mit den Vorteilen der Datenverarbeitung im Rahmen der elektronischen Pflegedokumentation vertraut zu machen. Das Applikationsziel besteht darin Vorschlag von Änderungen konkreter Formulare und in der Empfehlung der modernsten Dokumentationsmethoden. Außerdem geht es darum, die aktuellste Version der Formulare zur Dokumentation chronischer Wunden vorzuschlagen. Für die Erfüllung der Ziele dieser Arbeit wurde eine qualitative Forschungsmethode ausgewählt. Die wichtigste Methode zur Datensammlung war die Technik der Dokumentenanalyse, die ergänzende Methode des halbstrukturierten Interviews. Durch die durchgeführte Untersuchung wurde festgestellt, dass die Erfüllung der legislativen Maßnahmen nicht immer durch die Anwendung professioneller Verbände garantiert wird.

Schlüsselwörter:

Gesundheitsdokumentation. Pflegedokumentation. Ärztliche Dokumentation. Wunddokumentation. Bewertungsskalen. Wundbeschreibungen. Fotodokumentation.

# OBSAH

|  |    |
|--|----|
| SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....                              | 8  |
| SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ .....                     | 9  |
| SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....                              | 10 |
| ÚVOD .....   | 11 |
| 1. Klíčové pojmy, zdravotnická dokumentace, popis ran..... | 14 |
| 2. Dokumentace ran .....                                   | 23 |
| 3. Význam zdravotnické dokumentace a dokumentace ran ..... | 32 |
| 4. Cíle práce a výzkumné otázky.....                       | 35 |
| 5. Výzkumná metoda.....                                    | 36 |
| 6. Analýzy výzkumných dat .....                            | 39 |
| 7. Vyhodnocení stanovených cílů.....                       | 50 |
| 8. Diskuze .....   | 53 |
| 9. Závěr .....   | 57 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....                             | 59 |
| SEZNAM PŘÍLOH.....   | 63 |



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

|              |  |
|--------------|--|
| <b>NPUAP</b> | Národní poradní panel pro otázky dekubitů  |
| <b>EPUAP</b> | Evropský poradní panel pro otázky dekubitů |
| <b>ATB</b>   | Antibiotika                                |
| <b>ČSLR</b>  | Česká společnost pro léčbu ran             |
| <b>3D</b>    | Trojrozměrný popis objektu                 |
| <b>BMI</b>   | Body mass index, index tělesné hmotnosti   |
| <b>LED-</b>  | Dioda emitující světlo                     |
| <b>NJnN</b>  | Nemocnice Jablonec nad Nisou               |
| <b>VS</b>    | Vrchní sestra                              |
| <b>HVO</b>   | Hlavní výzkumná otázka                     |
| <b>VVO</b>   | Vedlejší výzkumná otázka                   |
| <b>ČAS</b>   | Česká asociace sester                      |

(1,online, Kovářová, 2018)

## SEZNAM POUŽITÝCH ODBORNÝCH NÁZVŮ

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <b>PUSCH systém</b>                   | Pressure Ulcer Scale for Healing, Standardizovaný nástroj, dokumentuje průběh léčby defektu |
| <b>Pressure Sore Status Tool PSST</b> | Škála k měření stavu dekubitu   |
| <b>Per priman</b>                     | Hojení rány bez komplikací, hladkou jizvou  |
| <b>Exsudátu</b>                       | Zánětlivá tělní tekutina  |
| <b>Macerace</b>                       | Změknutí vzniklé působením tekutiny   |
| <b>Dekubitus</b>                      | Proleženina   |
| <b>Ulcus cruris venosum</b>           | Bércový vřed žilní příčiny  |
| <b>Ulcus cruris arteriosum</b>        | Bércový vřed arteriální příčiny   |
| <b>Ulcus cruris mixtum</b>            | Bércový vřed smíšené příčiny  |
| <b>Posttraumatický ulcus cruris</b>   | Bércový vřed, příčina např. úraz  |
| <b>Dehiscence</b>                     | Rozestup, např. operační rány   |
| <b>Combustio erythematosa</b>         | Bolestivé zarudnutí, 1.stupeň popálenin   |
| <b>Combustio bullosa</b>              | Zarudnutí s bolestivými puchýře, 2.stupeň popálenin   |
| <b>Combustio escharotica</b>          | Nekrózy, šedá, bílá či černá kůže, 3.stupeň popálenin                                       |
| <b>Karbonifikace</b>                  | Postižení hlubokých struktur, 4.stupeň popálenin  |
| <b>Lymfodrenáže</b>                   | Léčebná metoda  |

(1,online, 2018)

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

|  |    |
|--|----|
| Obrázek 1 Ilustrační fotografie chronické rány .....                       | 26 |
| Obrázek 2 Záznam chronické rány v programu ošetřovatelské dokumentace .    | 27 |
| Obrázek 3 Záznam bolesti a lokalizace rány, elektronická dokumentace ..... | 28 |
| Obrázek 4 Záznam chronické rány v ošetřovatelské dokumentaci .....         | 29 |
| Obrázek 6 Kamera SilhouetteStar <sup>TM</sup> .....                        | 31 |
| Obrázek 7 Kamera pro mobilní fotodokumentaci a dokumentaci ran.....        | 31 |
| Obrázek 8 Schéma použitých formulářů, záznam akutní rány .....             | 40 |
| Obrázek 9 Schéma použitých formulářů, záznam chronické rány.....           | 42 |
| Obrázek 10 Síť kódů a vztahy mezi nimi.....                                | 49 |
| <br>   |    |
| Tabulka 1 Kritéria pro hodnocení vzorků.....                               | 38 |
| Tabulka 2 Hodnocení popisu akutní rány.....                                | 40 |
| Tabulka 3 Hodnocení popisu chronické rány .....                            | 43 |
| Tabulka 4 Porovnání formulářů .....  | 44 |
| Tabulka 5 Kategorizace kódů.....   | 46 |

# ÚVOD

Dokumentace ran patří mezi významné pilíře jejich koordinované léčby. Určením příčin vzniku poranění, objektivním zhodnocením i sledováním průběhu hojení v přehledné dokumentaci získávají zdravotničtí pracovníci nezbytné podklady pro sestavení vhodného léčebného i ošetrovatelského procesu. Správně zpracovaná dokumentace poskytuje informace o realizovaných opatřeních a ve velké míře zabezpečuje tok informací mezi lékaři, sestrami a veškerým personálem podílejícím na léčbě. Svou roli sehrává v problematice právní ochrany, ve sporu může ošetřující osoba prokázat, že splnila svou povinnost péče a léčila pacienta správně.

Dynamická doba a rychlý vývoj nových technologií řadí dokumentaci ran do kategorie multioborové spolupráce. Úzká kooperace zdravotnických oborů s odvětvími informačních technologií nám v procesu dokumentace ran poskytují různé možnosti, jak zápis zrealizovat. Počínaje používáním interaktivních formulářů, přes fotodokumentaci až po moderní 3D skenování.

Výběr tématu dokumentace ran ovlivnily dvě okolnosti. Zájem o vývoj a používání moderních technologií při vedení zdravotnické dokumentace a potřeba vyjádřit se k faktu, že i přes výrazný vývoj nástrojů k dokumentaci a hodnocení ran je velmi často k vidění neobjektivní popis. Zpracování bakalářské práce umožní detailněji nahlédnout do problematiky dokumentace ran, lépe porozumět chybám uvědomit si jejich důsledky a navrhnout kvalitnější řešení.

Cílem této práce je zmapovat, jak je v současnosti vedena dokumentace ran na chirurgickém oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p. o. a provést analýzu dokumentů, které se k dokumentaci akutní a chronické rány používají. Cíle byly definovány jako poznávací, symbolický a aplikační. Pro splnění cílů práce byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda.

V rešeršní části práce autorka objasní klíčové pojmy týkající se zdravotnické dokumentace (dále jen ZD), legislativních požadavků, popisu ran, metod záznamu a zmíní obecně význam vedení ZD. V další části stanoví cíle bakalářské práce a vybere metodu sběru dat.

**Poznávací cíl:** Odpovědět na dvě hlavní výzkumné otázky (HVO).

(HVO<sub>1</sub>) Splňuje způsob dokumentace akutních a chronických ran na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. legislativní opatření?

(HVO<sub>2</sub>) Shoduje se záznamový arch chronické rány Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. s doporučeným ošetrovatelským záznamem ČSLR?

**Symbolický cíl:** Upozornit na to, jaké výhody s sebou nese používání elektronické ošetrovatelské dokumentace se zaměřením na dokumentaci ran.

**Aplikační cíl:** V závislosti na výsledcích výzkumného šetření navrhnout vhodná opatření pro praxi.

Hlavní metoda k průzkumu je zvolena technika výzkumu dokumentů, jako doplňková metoda polostrukturovaného rozhovoru. První rozbor zahrnuje zpracování dvou dokumentací, akutní operační rány a záznamu chronického defektu. Druhá analýza ohodnotí kvalitu záznamového formuláře, je založena na porovnání formuláře doporučeného a v praxi používaného. Rozhovor je analyzován pomocí otevřeného kódování, seznam kódů je použit ke kategorizaci. Mezi jednotlivými kategoriemi jsou hledány společné vazby.

V závěrečných třech kapitolách bakalářské práce autorka vyhodnotí splnění výzkumných cílů, v diskuzi porovná výsledky šetření s výsledky prací zabývajících se podobnou tematikou a na podkladě zjištěných nedostatků navrhne nápravná opatření.

Součástí bakalářské práce je autorkou navržený formulář (Příloha M) vytvořený podle doporučeného ošetrovatelského záznamu chronické rány a defektu ČSLR, s možností vložení fotografie přímo do záznamového archu.

## **Vstupní literatura**

VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-2763-9.

POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing a.s.,2012. ISBN 978-80-247-3371-5.

KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2713-4.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. (4). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

## **Rešeršní strategie**

Vyhledávání odborných publikací, které byly následně použity pro tvorbu bakalářské práce s názvem Dokumentace ran, proběhlo v rozmezí od října 2017 do ledna 2018. Jako zdroje autorka použila knihovnu Masarykovy univerzity v Brně, registr závěrečných prací Theses, internetové stránky MZČR, katalog Národní lékařské knihovny, zahraniční databáze (PubMed a Scopus) a internetové vyhledávače Google Scholar a Google Books. Prohledávány byly knihy, články, vysokoškolské práce, příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje staré maximálně 10 let. Klíčová slova v českém jazyce: zdravotnická dokumentace, ošetrovatelská dokumentace, lékařská dokumentace, dokumentace ran, hodnotící škály, popis rány, fotodokumentace. Klíčová slova v německém jazyce: gesundheitsdokumentation, pflegedokumentation, ärztliche dokumentation, wunddokumentation, bewertungsskalen, wundbeschreibungen, fotodokumentation. V bakalářské práci bylo použito 7 knižních zdrojů, 10 článků nebo příspěvků ve sborníku, 3 vysokoškolské práce a 8 internetových zdrojů.

## 1. Klíčové pojmy, zdravotnická dokumentace, popis ran

V závislosti na cíle bakalářské práce je třeba v rešeršní části objasnit základní pojmy týkající se zdravotnické dokumentace a popisu ran

Vondráček a Wirthová obecně uvádějí, že: *„Dokumentace je způsob zachycení a uchování rozhodných skutečností zaznamenaných na různých nosičích“* (2 s.13). Zdravotnická dokumentace hospitalizovaného pacienta je složena ze tří částí. Jedná se o dokumentaci lékařskou, dokumentaci ostatních nelékařských zdravotnických pracovníků (fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog nebo nutriční terapeut) a samostatně vedenou ošetrovatelskou dokumentaci. Správné propojení všech tří složek se stává podkladem pro koordinovanou léčbu.

Jaká musí být ZD vymezují Pokorná a Mrázová ve své knize: *„Pravdivá, pravdivost záznamů v dokumentaci by měla být samozřejmostí. Je třeba si uvědomit a zdůraznit, že nepravdivost jednoho záznamu znehodnotí celou zdravotnickou dokumentaci a proces léčby. Aktuální a aktualizovaná dokumentace je vždy označena datem a časem (pozor na dodatečné záznamy). Autorizovaná a autentizovaná, vždy musí mít podpis a jmenovku (nestačí pouze razítko). Záznamy musí být plynule doplňovány tak, jak je při poskytování péče postupováno. Je nepřipustné doplňovat údaje v dokumentaci, až když je řešena stížnost nebo s odstupem několika dnů. Pak je takový záznam oprávněně považován za nevalidní. Čitelná, nečitelnost je jednou z nejčastějších výtek uváděných soudními znalci při vypracovávání znaleckých posudků a také jedna z výtek kontrolních orgánů. Vždy dostupná“* (3, s. 63).

V ČR je vedení ZD legislativně ošetřeno zákony a vyhláškami. Poskytovatel zdravotní péče je povinen vést a uchovávat ZD v listinné nebo elektronické podobě, nebo v kombinaci obou těchto podob, a nakládat s ní podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (4, s. 4761-4770), ve znění pozdějších předpisů a jiných právních předpisů, a vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci (5, s. 1666-1685.).

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče (6, s. 1738-1744) stanovuje pravidla pro tvorbu interních standardů. Standardy

pro dokumentaci ran si vytváří každé zdravotnické zařízení dle svých předpisů, musí však splňovat požadavky uvedené vyhlášky. Další právní předpis vztahující se ke zdravotnické dokumentaci je zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů (7), který upravuje práva a povinnosti při zpracování osobních údajů, a zákon č. 499/2004 Sb. o archivnictví a spisové službě, který zahrnuje obecné požadavky na uchovávání a skartaci zdravotnické dokumentace (5, s. 1666-1685).

Legislativní hledisko vymezující podobu ZD se před novelizacemi výše zmíněných zákonů vztahovalo k zákonu č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu (8) v platném znění § 67 b. Tento zákon byl v souvislosti se ZD nedokonalý. Poprvé se na úrovni zákona objevuje vedení ZD v zákoně 160/1992 v § 5 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (9). Právní předpis vést a uchovávat ZD ve všech zdravotnických zařízeních nařizuje novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu zákonem č. 260/2001 Sb. (10). Pojmy jako ošetřovatelská dokumentace nebo dokumentace ran v zákonech ještě nenalezeme, byly definovány až ve vyhlášce ze dne 22. března 2012(5). Ta definuje záznam ošetřovatelské péče, kterým se řídí i dokumentace ran takto:

*„A. Záznam o ošetřovatelské péči obsahuje:*

*a) ošetřovatelskou anamnézu pacienta a zhodnocení zdravotního stavu pacienta,*

*b) ošetřovatelský plán, ve kterém je uvedeno:*

*1. popis ošetřovatelského problému pacienta nebo stanovení ošetřovatelských diagnóz,*

*2. stanovení předpokládaných ošetřovatelských činností a výkonů, včetně záznamu o jejich provedení a poučení pacienta; podle povahy ošetřovatelského výkonu je uveden též časový údaj o jeho provedení,*

*3. hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče a průběžné změny v ošetřovatelském plánu,*

*c) průběžné záznamy o vývoji zdravotního stavu pacienta, o předání informací a poučení pacienta,*



*d) ošetrovatelskou propouštěcí nebo překládovou zprávu s doporučením k další ošetrovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté ošetrovatelské péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším ošetrovatelským postupům; ošetrovatelská překládová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb.*

*B. Rozsah jednotlivých obsahových součástí záznamu o ošetrovatelské péči podle části A písmen a) až d) může poskytovatel zdravotních služeb přizpůsobit charakteru poskytované ošetrovatelské péče, zpravidla pokud celková doba jejího trvání u téhož pacienta nepřesahuje 3 dny“ (5).*

Mimo legislativní opatření je ZD chráněna také etickým kodexem. Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením. Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je. Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů působících v oblasti zdravotnictví (11, s. 12-13).

Jako samostatná součást ošetrovatelské dokumentace může být záznam o ošetřování ran, který je veden především u pacientů s kožními a rozsáhlými vícečetnými defekty, chronickými ranami nebo dekubity (12, s. 102). Dokumentace ran obsahuje soubor informací od vzniku poranění přes anamnestická data, pravidelná hodnocení stavu rány, léčebné postupy až po ukončení léčby nebo překlad pacienta na jinou jednotku. V rámci holistického přístupu sem řadíme zhodnocení lokálních a systémových faktorů, zápis bolesti a posouzení psychosociálních aspektů.

V dostupné literatuře je uvedeno: *„Primární hodnocení celkového stavu nemocného a rány je vždy v kompetenci lékaře. Průběžné hodnocení a záznam změn v procesu hojení je v kompetenci všeobecné sestry s odbornou způsobilostí či sestry se specializovanou odbornou způsobilostí“ (3, s.63).*

Průběžné posouzení rány je často dokumentováno ve formuláři pro odběr ošetřovatelské anamnézy nebo je velmi stručně zaznamenán v hodnocení poskytnuté ošetřovatelské péče. Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu vydán Českou společností pro léčbu ran ve svém administrativním manuálu doporučuje: „*Nezaznamenávej duplicitně anamnézu lékaře, ale pouze anamnézu chronické rány dle předtištěných údajů a ve vztahu k ošetřovatelskému*“ (13). Jsou zde ale úzké souvislosti, které jsou jasné a neměnné např. umístění rány, její velikost, klasifikace, nebo délka trvání, musí být v obou dokumentacích zaznamenány stejným způsobem. Nabízí se zde otázka, zda by vzájemně propojené dokumentace neušetřily čas a zátěž pacienta.

Průběh léčby a výskyt patologických změn je zanesen v záznamu o vývoji zdravotního stavu. Zde je nutno ránu hodnotit při každém převazu. Je posuzována velikost a hloubka rány, spodina, míra sekrece, zápach, okraje rány a okolí (14, s. 79). Ošetřovatelská dokumentace obsahuje průběh hojení, záznamy bolesti, převazy, kontroly lékařem, zhodnocení lokální terapie, aktuální popis rány, fotodokumentaci, všímá si okolí rány, její hloubky, tvaru velikosti, sekrece, zápachu. Lékařská dokumentace obsahuje v průběhu hojení rány veškeré farmaceutické přípravky poskytnuté pacientovi, roztoky použité k výplachu rány, terapeutické krytí ran, druhy drenáží, postupy při chirurgické léčbě nebo informace o použití vhodných technologií k podpoře hojení ran.

Při překladu a propuštění pacienta je stav jeho rány popsán v překládové, nebo propouštěcí zprávě s doporučením k další ošetřovatelské péči, v níž se zejména uvedou souhrnné údaje o poskytnuté péči včetně časových údajů; může obsahovat doporučení k dalším postupům. Ošetřovatelská překládová zpráva se zpracuje pouze tehdy, pokud je předem plánovaná hospitalizace nebo umístění do jiného zdravotnického zařízení nebo zařízení sociálních služeb (5, s.1676). Lékařské zprávy jsou obsáhlejší, dokumentace o ráně je zahrnuta mezi informace o léčebných postupech. U operovaných pacientů je zde mimo jiné zaznamenána operační diagnóza, název a datum operace, všechny podávané léky a léčebné postupy a popis stavu pacienta při propuštění. Medikace s množstvím vydaných receptů, edukace ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu a doporučením, jak o ránu pečovat v domácím prostředí nebo v dalším

zdravotnickém zařízení. Lékařské zprávy jsou zasílány k rukám obvodního lékaře, ošetřovatelské záznamy jsou založeny s ostatní dokumentací v archivu příslušného zařízení. „*Vyhláška rozlišuje dva možné dokumenty, které pacienti dostávají pro sebe a pro svého obvodního lékaře při propuštění z ústavní péče. Obvykle bezprostředně při propuštění dostanou nejprve tzv. předběžnou propouštěcí zprávu. Následně poté, co jsou známy výsledky všech provedených vyšetření, zdravotnické zařízení pošle konečnou propouštěcí zprávu*“ (12, s.57).

Dokumentace ran je podmíněna základnímu rozdělení poranění a znalostí hodnotících kritérií, která ve standardizované podobě zaručují objektivní ohodnocení. Typ rány podle délky hojení dělíme na akutní nebo chronické. Kritérium pro hojení akutní rány je určeno dobou jednoho měsíce až šesti týdnů, většinou per primam. U chronické rány nejsou po dobu 4 týdnu vykazovány známky hojení i přes patřičně vedenou léčbu. Algoritmus pro dokumentaci chronické rány zahrnuje tyto parametry: typ rány, lokalizace, velikost, etiologie vzniku, je-li známa, klasifikace rány, hodnocení exsudátu, zápach rány, stav kůže v okolí rány, okraje rány, mikrobiální komplikace, bolest, cévní cirkulace v distálních částech těla, hematologické a diabetologické vyšetření a nutriční podpora (3, s. 64-73). V přímé spojitosti s ránou jsou hodnoceny bolest, lokální faktory (např. vysoušení rány, infekce, macerace, nekróza, tlak, edém) nebo faktory systémové (např. věk, stav výživy, chronická onemocnění, radioterapie, změny laboratorních hodnot, cévní nedostatečnost, poruchy imunitního systému). Význam hodnocených parametrů a jaké informace mohou poskytnout lze stručně shrnout takto:

Typ rány – podle délky hojení; v předpokládaném časovém úseku vypovídá o správně vedeném léčebném postupu.

Typ rány – podle lokalizace rány na hlavě, trupu, končetinách podává ve velké míře informace o příčině vzniku rány a směřuje k dobře zvolené celkové i lokální terapii.

Typ rány – podle postižených tkání a struktur rány kůže a podkoží, šlach kloubů slouží ke správné a rychlé diagnostice. Velmi důležité u poranění cév, nervů, orgánů v dutině hrudní nebo břišní a lebky.

Klasifikace – podle mechanismu vzniku (oděrka, řezná, sečná, tržná, bodná rána, zhmožděná, rozdrčená, střelná, otrávená rána, kombinovaná rána, popáleniny, omrzliny nebo jiné chronické rány) přispívá ke správné diagnostice a vhodně vedené léčebné i ošetrovatelské péči.

Velikost rány – svědčí o délce poranění, měřeními jsou relativně jednoduchou metodou získávány objektivní informace o průběhu léčby.

Etiologie – je významným faktorem při léčebném i ošetrovatelském procesu;

pokud je známa příčina, je mnohem snadnější odstranit její následky.

Hodnocení exsudátu – barva, zápach, konzistence i množství mohou svědčit o přítomnosti infekce. Množství exsudátu je sledováno četností prováděných převazů, slouží k hodnocení rány v průběhu léčby. Vzhled charakterizovaný jako čirý lze považovat za fyziologický, musí být, ale vyloučena souvislost s bakteriální infekcí. Zakalený, krémový nebo bílý exsudát může ukázat na zanícení v ráně, hnisavý na přítomnost bílých krvinek a bakterií na infekci. Růžový, nebo červený exsudát signalizuje poškození kapilár. Žlutý nebo hnědý exsudát je známkou nekrózy nebo přítomnosti střevních nebo močových píštělí.

Zápach – vždy alarmuje přítomnost infekce a zpomalení procesu hojení. Pachy bývají většinou popisovány subjektivně, určitá specifika jako je sladká nebo kyselá vůně nejsou příliš vypovídající.

Stav kůže v okolí rány – upozorňuje otokem, začervenáním, bolestivostí nebo macerací na přítomnost bakterií, které způsobují zánětlivý proces.

Okraje rány – hodnotí se prostor mezi ukončením rány a původní kůží. Okraje rány vypovídají o průběhu hojení, popsány mohou být následovně: ploché, vyklenuté, vitální, neporušené, červené, macerované nebo nekrotické.

Mikrobiální komplikace – jsou klasifikovány podle patogenů, nikoli podle klinického vzhledu, mikrobiologické vyšetření objektivně zhodnotí příčinu vzniklých komplikací, na základě toho dochází ke změně léčby.

Bolest – provází každé poranění, má zásadní vliv na celkový stav nemocného. Je nutné rozlišit bolest akutní a chronickou, lokalizaci v ráně nebo v okolí, zda se vyskytuje v klidu nebo při námaze. Intenzita bolesti je zaznamenána pomocí vizuálních hodnotících stupnic a vypovídá o zhoršení stavu, infekci nebo nevhodném léčebném postupu. Kvalita bolesti pálivá, křečovitá, bodavá nebo svíravá přispívá k odhalení její příčiny a rychlejšímu odstranění. Standardizované hodnotící škály jsou jedním z faktorů ovlivňující dávky podaných analgetik.

Cévní cirkulace – snížený průtok krve v distálních částech těla má negativní vliv na probíhající léčbu a odhaluje možné komplikace, obzvláště u bércových vředů na dolních končetin.

Hematologické vyšetření – poruchy hemokoagulace, nedostatek erytrocytů nebo anémie jsou známkou systémových poruch a upozorňují na nutnost nastavení koordinované léčby.

Diabetologické vyšetření – Podá důkaz o dlouhodobě zvýšené hladině cukru v krvi, která vede k poškození nervů, cév, snižuje imunitu nemocného a negativně se projevuje při procesu hojení rány. Slouží jako podklad pro léčbu celkového stavu nemocného, nejen rány.

Hodnocení nutričního stavu – Patří k základním úkolům komplexního hodnocení nemocného nejen s chronickou ranou. S ohledem především na malnutrici, podmíněnou jak specifickými chorobami, tak anorexií, změnou sociálního statusu apod., je nutriční hodnocení nedílnou součástí holistické péče. U nemocných se známkami malnutrice a s rizikem jejího vzniku je nutno včas zhodnotit všechny rizikové faktory včas plánovat preventivní opatření. Stav výživy v průběhu léčebného procesu je vhodné konzultovat s nutričním terapeutem (3, s.35).

*„Péče o pacienty s nehojící se ranou je složitým interdisciplinárním problémem, který zahrnuje mnoho specifických činností. Poskytovatele péče, na různých funkčních úrovních v multidisciplinárním týmu, by si měli být vždy vědomi dosahu a zároveň mezí svých schopností. Vzhledem ke skutečnosti, že etiologie chronických ran je různorodá, liší se také významně činnosti sestry, která péči poskytuje. Mezi primární postupy samozřejmě patří vlastní péče o chronickou ránu, a zejména výběr vhodných lokálních terapeutických prostředků, na základě*

*pečlivého zhodnocení nejen samotného defektu, ale i celkového stavu nemocného“ (3, s.97).*

Chronické rány jsou podle typu klasifikovány jako dekubitus, ulcus cruris (podle etiologie je dělen na ulcus cruris venosum, ulcus cruris arteriosum, ulcus cruris mixtum a jiné, např. posttraumatický), diabetické defekty, dehiscence operačních ran a jiné defekty. K popisu dekubitů existuje mnoho klasifikačních nástrojů, které mají společný znak, čím vyšší číslo na stupnici, tím rozsáhlejší poškození rány. Např. 4 stupně obsahuje klasifikace dekubitů podle Hibbsové, dle Daniela rozlišuje stupnice 5 stupňů, nebo Torrance. Seilerovo posuzování dekubitů určuje písemná řada A, B, C. Dle pokynů mezinárodních organizací NPUAP/EPUAP byl v referenčních příručkách pro rok 2014 uveden tento systém klasifikace dekubitů. Dekubitus I. stupně: Zarudnutí kůže, neblednoucí hyperemie-erytém. Dekubitus II. stupně: Částečná ztráta kožního krytu. Dekubitus III. stupně: Úplná ztráta kožního krytu. Dekubitus IV. stupně: Úplná ztráta kůže a podkoží. Bez určení stupně: Úplná ztráta tkáně, podezření na hluboké poškození. (15, s. 15-16). Průběh léčby dekubitů dokumentují speciální formuláře, např. PUSCH systém, které zaznamenávají velikost rány, její zevnějšek, množství, zápach a kvalitu výpotku. Každý z uvedených faktorů je bodován a sčítán, podle výpočtu je rozeznán vývoj léčby, čím nižší je celkové skóre, tím úspěšněji léčba probíhá. Na podobném principu funguje škála k měření stavu dekubitu Pressure Sore Status Tool PSST. Při použití papírových formulářů je hodnocení i sledování léčby časově náročné.

U popisu bércových vředů je nutné zaznamenat jejich etiologii, lokalizaci, velikost, charakter spodiny, sekrece, kožní změny v okolí a vřed. Za klíčové faktory jsou považovány hloubka, ischemie a infekce. Mezi ostatní chronické rány jsou řazeny infekční, pooperační, posttraumatické defekty, nebo popáleniny. U nich je důležité klasifikovat a poté dokumentovat rozsah, závažnost a příčinu vzniku poškození. Závažnost popáleninových defektů je rozlišena čtyřstupňovou škálou. Prvním stupněm (combustio erythematosa) se vyjadřuje bolestivé zarudnutí a otok vrchní vrstvy epidermis, např. při úpalu, druhým (combustio bullosa, zarudnutí) bolestivé puchýřky, zasažena je epidermis a část koria. Třetím

stupněm (combustio escharotica) se charakterizují nekrózy, šedá, bílá či černá kůže, zasažena je epidermis, corium, podkoží. Čtvrtým stupněm (karbonifikace) jsou nazývána všechna postižení hlubokých struktur, fascie, šlachy, svaly, kosti. Rozsah popálení se vyjadřuje procenty celkového tělesného povrchu a určuje se podle míst zasažení. Hlava a krk odpovídají 9 % povrchu těla, každá horní končetina po 9 %, 18 % každá dolní končetina, 18 % přední část trupu, 18 % zadní část trupu a 1 % na vnější pohlavní orgány (16).

Správná koordinace, vedení a realizace léčebného i ošetřovatelského procesu při léčbě chronických ran, se nazývá management ošetřování ran nebo z anglického jazyka převzatý Wound management. Podle Pospíšilové a Franců je Wound management postaven na několik základních prvcích. Určení příčin rány, zhodnocení stavu a stadia hojení rány. Identifikaci faktorů prodloužujících hojení. Strategické zaměření léčby na příčinu. Dodržování základních principů lokální terapie a respektování zásad ošetřovatelské péče. Aplikace systémové léčby a léčbu bolesti. Eliminaci lokálních a systémových faktorů, které mohou prodlužovat nebo komplikovat hojení. Využití podpůrných intervencí a komplexní přístup k nemocnému s chronickou ránou. (17, s.233)

## 2. Dokumentace ran

Existuje mnoho možností, jak zápis akutní nebo chronické rány zrealizovat. Počínaje popisem přes fotodokumentaci až po moderní 3D skenování ran. V této části práce byly představeny čtyři používané varianty.

Základním způsobem je **popis rány**, ke kterému slouží např. formulář ošetřovatelského záznamu (Příloha C). Podle ošetřovatelského záznamu chronické rány a defektu, který vydala Česká společnost pro léčbu ran písemný popis zahrnuje (13): Anamnézu rány. Zde jsou zapsány první příznaky a příčina vzniku, je-li známa. Typ rány formulář definuje jako dekubitus, ulcus, diabetický defekt nebo jako jiná rána, např. dehiscence, otevřená fraktura, fistula, absces. Současná léčba je charakterizována jako lokální, systémová, fyzikální, kompresní a lymfodrenáže. Kompresní terapie může být aplikována přes den, nebo celých 24 hodin, u lymfodrenáží manuální, nebo přístrojová stimulace. Bolest a její intenzitu lze znázornit číselnou škálou, lokalizaci v ráně nebo v okolí, charakter bolesti jako klidová, námahová, popřípadě stálá. Charakteristika rány se skládá ze šesti bodů. Velikost rány obsahuje vždy tyto tři rozměry: šířku, délku a hloubku. Okolí je značeno buď klidné, zánětlivé, macerující, ekzematické, nekrotické, nebo jiné. Okraje povlovné, navalovité, jiné. Spodina rány je popsána jako čistá, granulace, epitelizace, atonická, povleklá, nekrotická, secerující, nebo jiná. Sekrece z rány žádná, mírná, střední, profuzní, mohutná, objemná. Sekret podle charakteru serózní, hnisavý, krvavě serózní, jiný. Zápach, při přítomnosti charakteristika. V další části formuláře je zmíněno mikrobiologické vyšetření, pokud bylo provedeno, datum provedení, nález a citlivost na ATB. Léčba ATB s datem nasazení. Dále je registrováno cévní, diabetologické a hematologické vyšetření a nutriční podpora. V horní a spodní části formuláře se vyplňují kolony pro záznamy data zahájení a ukončení léčby, předání pacienta do jiné péče, stavu rány při ukončení hospitalizace, podpisy ošetřujícího personálu a informace při propuštění. Pro záznam lokální terapie a ošetřovatelského procesu je doporučen jednoduchý formulář (Příloha D). Průběh léčby, četnost převazů a kontrola lékařem je zaznamenána na formuláři v (Příloha E).



Administrativní manuál ČSLR vydává pro použití záznamu chronické rány tyto doporučení:

- Ošetřovatelský záznam zakládej vždy při prvním kontaktu s pacientem. Seznam se před návštěvou pacienta s jeho kompletní zdravotní dokumentací (pokud je pacient hospitalizován).
- Seznam se se záznamy lékaře a naslouchej pacientovi, než začneš vyplňovat záznam (ambulantní péče).
- Pacienta musíš znát dříve, než začneš pečovat o ránu či defekt. Nezaznamenávej duplicitně anamnézu lékaře, ale pouze anamnézu chronické rány dle předtištěných údajů a ve vztahu k ošetřovatelství.
- Významné údaje, které nejsou uvedeny vepiš do „poznámky“ – alergie, antitrombotická terapie, hormonální terapie, dosavadní systémová ATB terapie, přidružené dg (nemusíš se v budoucnu vracet do kompletní dokumentace).
- Záznamy prováděj pravidelně, přesně a čitelně s podpisem a vlastním razítkem.
- Pravidelně, dle osobní domluvy, předkládej/seznamuj ošetřujícího lékaře se záznamy o péči.
- Seznam pacienta se záznamem a plánem další péče, doporučených vyšetření, zákroků a terapie.
- Seznam používaných zkratk je k dispozici v legendě záznamu (13).

Tento způsob dokumentace je u nás nejčastější používaná forma. Za jedinou výhodu může být považováno rychlé vyplnění předdefinovaného formuláře. Naopak nevýhod je celá řada, nečitelnost, nepřehlednost, přepisování, rozdílnost lékařské a ošetřovatelské dokumentace, zpětně doplňované nepřesné časové údaje, identifikace zodpovědného zdravotníka, subjektivní popis i neřízená archivace.

Dalším způsobem je stále oblíbenější a často používaný nástroj **fotografie rány**. Legislativně není stanovena potřeba písemného souhlasu nemocného k získání fotodokumentace, ale přesto je nutno dodržet etické normy s ohledem na aktuální zdravotní stav nemocného a možnost jeho následné identifikace. Grafické záznamy včetně fotodokumentace smí pořizovat pouze osoby v přímé péči o nemocného (lékaři, všeobecné sestry), stejně jako jsou oprávněni pořizovat kopie fotodokumentace na žádost nemocného (za úhradu nákladů spojených s pořízením fotokopie). (3, s.78)

Při fotografování rány je nutné dodržovat několik zásad. Nemocného je třeba předem informovat o pořízení digitálního záznamu a zároveň musí být o celém procesu edukován. U chronických ran je snímek pořizován ve stejných fázích převazu např., po sejmutí obvazu před i po očištění, zpravidla jedenkrát týdně. U akutních ran podle potřeby, např. operační rána může být zdokumentována ještě na operačním sále před prvním krytím, při převazu během hospitalizace a při propuštění. Vždy jsou dodržovány zásady asepse a antisepse.

Vedle rány je přikládána měřicí pomůcka označená iniciály a datem pořízení snímku. Z technických důvodů je doporučeno fotit vždy stejným přístrojem, za shodných světelných a expozičních podmínek při identické vzdálenosti. Je dobré pořídít si digitálních snímků více, pro možnost výběru, záleží na podmínkách i zkušenostech. K etickým zásadám patří vždy zakrývat intimní místa, pokud nejsou přímo místem zásahu.

Fotografie má dnes již nepostradatelné místo v ambulancích chronických ran, kde kontinuálně prokazuje průběh léčby (Obrázek 1). Při poskytování domácí léčby slouží, po odeslání lékaři, k rychlejší konzultaci, změna léčby může být provedena ještě před samotnou návštěvou. Na každém operačním sále je nutno fotit a dokumentovat klasické i atypické výkony. Za největší výhodu fotografie považuje autorka bakalářské práce jednoduchost a rychlost. Otázkou však zůstává, zda fotografie splňuje všechna kritéria pro dokumentaci ran. Velikost rány je celkem spolehlivě změřena přiloženým měřítkem. K určení hloubky je stejně jako při písemném popisu potřeba použít sterilního nástroje. Na fotografii také těžko rozlišíme stupeň rány, nebo detekci typu tkáně. Měření exsudátu a zápachu je také ve větší míře na subjektivním posouzení osoby provádějící

záznam. Dále schází informace o infekci a bolesti. Typ rány a okolí na fotografii rozpozná jen zkušený lékař nebo zkušená sestra. Proto fotografie ran vždy doprovází stručný popis, nebo je použita ve vytištěné formě jako příloha vložená do zdravotnické dokumentace. Není to ale nejefektivnější využití tohoto media.



Obrázek 1 Ilustrační fotografie chronické rány

Zdroj: [http://www.lecbarany.cz/images\\_obsah/kazuistiky\\_kapitoly/500x/1007.jpg](http://www.lecbarany.cz/images_obsah/kazuistiky_kapitoly/500x/1007.jpg)

Jako optimální kombinace při dnešních technických možnostech je vložení **fotografie** do programu, který je součástí **elektronické dokumentace**. Jedná se o praktickou a časově nenáročnou formu zápisu. V komplexně strukturované dokumentaci je umožněno snadno a rychle zhodnotit nejen stav rány, ale i faktory ovlivňující její léčbu.

Obecně platí, že dokumentace poranění může mít pozitivní vliv na bezpečnost léčby, zpracování popisu poranění v elektronické podobě je tomu příkladem. Při akutním zhoršení stavu ran může okamžitě proběhnout konzultace i ze vzdáleného místa a léčba je odpovídajícím způsobem upravena. Snadněji také probíhá interdisciplinární výměna informací (mezi lékaři, fyzioterapeuty, nutričními specialisty atd.).

| Datum      | wundart        | stadium     | Beschreibung | gerötet                             | sensibel                 | infiziert                | bless                    | trocken                  |
|------------|----------------|-------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 20-07-2011 | Ulcerus cruris | Fibrinbelag |              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obrázek 2 Záznam chronické rány v programu ošetrovatelské dokumentace

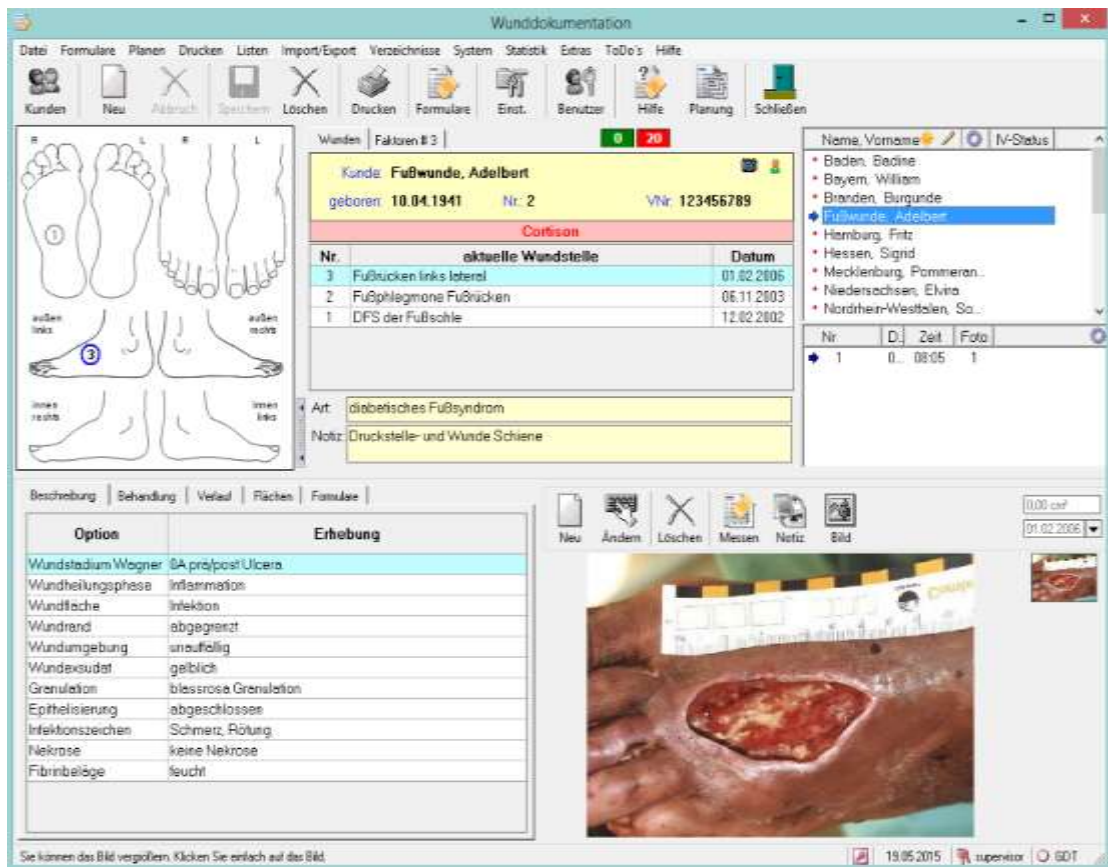
Zdroj: <http://www.pflegeplanung-software.de/Bilder/wund1.jpg>

\_\_\_\_\_ Obvykle jsou tyto softwary k dispozici podle druhu poskytované péče. Ambulantní, lůžková, následná péče nebo péče v domech pro seniory má odlišné administrativní požadavky, ze kterých programy vycházejí. Používají se na běžném počítači (Obrázek 2), notebooku nebo tabletu. Umožňují zapsání lokalizace rány i intenzitu bolesti jedním kliknutím pomocí vizuální analogové stupnice (Obrázek 3), digitální změření jejího povrchu a okolí. Přehledně lze zaznamenat stav výživy, věk, chronická onemocnění, radioterapie, změny laboratorních hodnot, cévní nedostatečnost, poruchy imunitního systému, psychosociální stav pomocí integrovaných klasifikačních nástrojů s možností volně dopsat text, pokud je příliš odlišný od přednastavených modulů. Historie, terapie rány, diagnózy i všechna vyšetření spojená s léčbou jsou snadno dohledatelná (Obrázek 4). Archivace fotografií umožňuje okamžité porovnání aktuálního stavu. Pomocí nástrojů pro správu je možno pracovat s jednotlivými údaji. V případě potřeby rychle všechny dokumenty archivujeme do formátu, který je vhodný k zaslání ošetřujícímu lékaři e-mailem.



Obrázek 3 Záznam bolesti a lokalizace rány, elektronická dokumentace

Zdroj DANtouch, Dan Products Nursing Documentation GmbH, 2006



Obrázek 4 Záznam chronické rány v ošetrovatelské dokumentaci

Zdroj: WinDIA® Wunddokumentation, ATS Computersysteme GmbH, 2004

Mezi nejmodernější metody záznamu rány bezesporu patří **3D skenování ran**. Jedná se o snadno použitelný zobrazovací systém využívající neinvazivní laserovou technologii (18). Rána je snímána speciální kamerou (Obrázek 5), je stejnoměrně osvětlována pomocí LED. Speciální software vytvoří z odraženého světla 3D model rány. Tato metoda nabízí přesné a opakovatelné hodnocení rány. Klinické studie dokazují nepřesnost měření pouze v 5 %. Veškeré informace jsou shromažďovány a přenášeny během několika minut, všechny manuální metody trvají podstatně déle. Mimo rychlosti je nejvýznamnější výhodou této metody fakt, že není vyžadován žádný fyzický kontakt s pacientem, což významně snižuje riziko infekce. Obrazy jsou okamžitě přenášeny do dokumentace konkrétního pacienta, čímž je minimalizována záměna dat. Pro každého pacienta je k dispozici precizně vedený záznam. Automaticky je vypočítán objem rány, hloubka, plocha a obvod, jsou zachyceny klíčové informace a je generována komplexní zpráva. Kaiser ve svém článku (19) uvádí, že navzdory velkému pokroku v oblasti zdravotnické techniky a péče o rány se hodnocení a dokumentace rány stále opírají především o základní opatření. Mnoho praktikujících lékařů stále odhaduje velikost rány pomocí měření délky, šířky a hloubky pravítky a sondami. Jiní používají acetátové stopy nebo ekvivalentní opatření, aby načrtly ránu na mřížku a odhadli změny povrchu a okraje. Autor článku o klinickém hodnocení systému měření a dokumentace rány (20) v roce 2008, Romanelli M, popisuje toto zařízení jako zcela inovativní. Kombinuje digitální fotoaparát a strukturované osvětlení ve formě dvou laserových paprsků, které automaticky upravují obrazovou stupnici a zakřivení kůže, což umožňuje rychlé a přesné měření oblasti povrchu a hloubky rány. Jednotka skeneru se zapojuje do standardního osobního digitálního asistenta a vytváří přenosné zařízení, které lze jednoduše držet a ovládat jednou rukou. Skener byl použit v klinické praxi u pacientů s bércovými vředy a diabetickými defekty na dolních končetinách. Skener byl přesný a spolehlivý.

Dalším zástupcem modernějších technologií je německý produkt, XotoCAM 1.1 (Obrázek 6), slouží jako mobilní zařízení. Jedná se o multimediální systém, který lze použít k fotografování, natáčení, mapování, komentování a zároveň k archivaci zdokumentovaného poranění (21).



Obrázek 5 Kamera SilhouetteStar™

Zdroj: <http://www.aranzmedical.com/>



Obrázek 6 Kamera pro mobilní fotodokumentaci a dokumentaci ran

Zdroj: <http://www.xotonicsmed.com/4>



### 3. Význam zdravotnické dokumentace a dokumentace ran

V závěru rešeršní části práce byl vytvořen prostor pro připomenutí významu zdravotnické dokumentace a nejčastější nedostatky s kterými se pracovníci ve zdravotnictví setkávají. Nezůstaly opomenuty nejčastější příčiny pochybení a doporučená preventivní opatření vedoucí k realizaci bezchybného záznamu.

ZD je nástroj k zajištění kontroly kvality léčby a péče. *„Je podkladem pro provádění auditů kvality poskytované zdravotní péče, jak při prováděních vnitřních hodnoceních, tak při externích auditech realizovaných za účelem dosažení určité akreditace“* (12, s.19).

ZD je vyžadována zákonem, hraje klíčovou roli v oblasti právní ochrany. Při soudním sporu se mnohdy stává jedním z rozhodujících faktorů. Nedostatky ve vedení se stávají důkazním břemenem v občanském procesu a brání profesionální argumentaci. Pečlivě vedená dokumentace prokáže případné nesrovnalosti a může být použita k obhájení správně vedeného ošetrovatelského nebo léčebného postupu. *„Zdravotnická dokumentace je rovněž zdrojem informací pro samotného pacienta, rekapituluje proměny jeho zdraví a poskytuje přehled zdravotnických výkonů, které mu byly provedeny“* (12, s.19).

ZD slouží jako pomůcka či nástroj při výuce studentů lékařských a zdravotnických oborů. Zároveň jsou její výstupní data podkladem pro výzkum v oblasti lidského zdraví a pro tvorbu odborných zdravotnických statistik. (12, s.19)

Vzhledem k tomu, že poskytovatelé finančních prostředků, nejčastěji zdravotní pojišťovny, požadují důkaz o péči a provedených výkonech, je dokumentace nejvhodnější prostředek k prokázání všech léčebných a ošetrovatelských procesů. Stává se tak faktorem určujícím výši úhrady.

Neexistuje žádná činnost prováděná člověkem, která by se nesečkala s pochybením. Stejně tak při poskytování zdravotní péče a vedení ZD narážíme na selhání lidského faktoru nebo se setkáme s nežádoucími událostmi. Na rozdíl od jiných odvětví zde může být následkem poškození pacienta.

K nejčastějším pochybením a nedostatkům, které se vyskytují v procesu dokumentování ran, řadíme:

- Používání nejasných a nekonkrétních pojmů popisující charakter rány.
- Konotace (subjektivní vnímání) pojmu (např. špinavá rána ve tvaru motýla).
- Opomenutí důležitých parametrů, možné příznaky infekce a vzniklé bolesti, okolí a okraj ran, reakce na terapeutický materiál.
- Nedostatečný záznam anamnestických údajů, jako nutriční stav pacienta, psychosociální aspekty, celkový stav.
- Nevyužívání vhodných kritérií a hodnotících škál, místo toho subjektivní záznam.
- Záznamy o průběhu převazu jsou nepřiměřeně stručné (3, s.76.)

Dle názoru autorky bakalářské práce se často setkáváme s nečitelnými zápisy, bez identifikace osoby, která je provedla, s nepřehlednými opravami, škrtnáním původního zápisu tak, že je nečitelný a nový zápis neobsahuje časový údaj opravy. Používání zkratk, bez vytvoření seznamu ve zdravotnické dokumentaci je také slabou stránkou zápisů. Při fotografování ran je velmi často zapomenuto přiložit metrickou pomůcku, tím je limitována možnost změření rány pomocí softwaru. Špatná identifikace pacienta může být příčinou záměny při vkládání fotografie do programu. Důležité je pamatovat na nastavení data a času v přístroji, kterým záznam provádíme, chronologické uspořádání slouží k případné konzultaci a hodnocení průběhu léčby.

Mezi příčiny možných pochybení uvádějí Pokorná a Mrázová (3, s.77) zejména nejednotný postup a nedostatečné metodické vedení osob pečujících o nemocné s nehojící se ránou. Za další potenciální důvody považují nesystémový přístup k řešení problematiky zdravotnické dokumentace, nejasné kompetence a zodpovědnost. Nejednotné vzdělávání profesionálů pečujících o osoby s nehojící se ránou. Ekonomické podmínky (např. nemožnost využití fotodokumentace), personální podmínky (nedostatek erudovaného personálu a nedostatečná spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu) nebo aspekt časové tísně, kdy není proveden záznam o ráně okamžitě po ošetření v důsledku „vzpomínkového optimismu“, nejsou zaznamenány významné okolnosti procesu léčby.

Důsledkem neefektivního dokumentování procesu hojení pak jsou: Nedostatečná kontinuita péče z důvodu nesprávné identifikace navazujících kroků péče s tím související, nemožnost efektivního hodnocení procesu léčby a hojení. Legislativní rizika, jak pro osoby v přímé péči, tak pro management zdravotnických zařízení. Snížení profesní satisfakce, pečující se nemůže spolehnout na správný postup, protože neví, zda správný je, není-li dostatečně zaznamenán (není-li jasné, co bylo provedeno a zajištěno v minulosti, jak a kdy, nelze postupovat důsledně ani v budoucnosti, a pokud ano, pak s výraznou časovou prodlevou (3, s.76-77).

Cílem každého zařízení je snížit rizika vedoucí k pochybení ve ZD na minimum. Preventivní opatření musí být podpořeno manažery, kteří vytvoří potřebné finanční i personální zdroje. Významné místo zde zaujímá akreditace zdravotnických zařízení. Pro splnění podmínek pro její získání je třeba řídit se akreditačními standardy, které vyžadují nejenom kvalitní péči, ale především i její bezpečnost. Standardy doporučují pro zlepšení vedení ZD mimo jiné zvýšit spolehlivost při identifikaci nemocných, kvalitní komunikaci mezi poskytovateli péče nebo používání pouze uznávaných zkratk a symbolů (22, str. 25).

Přímým kontrolním mechanismem vedení ZD je audit, jedná se o proces kontroly stavu ve srovnání se standardem. Cílem auditu je poukázat na problémové oblasti a nalézt nápravná opatření. Dlouhodobě slouží k průběžnému zvyšování kvality poskytované péče. K realizaci auditů slouží zákony, vyhlášky, směrnice, standardy a metodické pokyny ředitele.

Další neméně důležitá je prevence ze strany samotného zdravotníka, který záznam provádí. Policar dokazuje důležitost správného záznamu na odstrašujícím případu: „*Příběh o chybě spočívající v záměně levé ledviny určené k odstranění za pravou, který se stal nedáno na východě Čech, zná každý zdravotník. Na počátku stál mylný zápis ve ZD a na jeho konci těžce poškozený pacient*“ (12, s.206). Každý zaměstnanec, který záznam provádí, musí být řádně proškolen a poučen, jak správně vést ZD v souladu s platnou právní úpravou. Používání modernějších dostupných metod snižuje riziko chybného záznamu a zkracuje čas, který je dokumentaci věnován na úkor péče o pacienta.

## 4. Cíle práce a výzkumné otázky

Cílem této práce bylo zmapovat, jak je v současnosti vedena dokumentace ran na chirurgickém oddělení v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p. o. Konkrétněji, identifikovat záznamy potřebné k dokumentaci akutní a chronické rány; porovnat formulář chronické rány používaný na zkoumaném pracovišti s doporučeným záznamovým archem ČSLR; na podkladě zjištěných skutečností poukázat na slabá a silná místa ve vedení výše zmíněné dokumentace, dle potřeby navrhnout nápravná opatření. Cíle byly definovány jako poznávací, symbolický a aplikační.

**Poznávací cíl:** Odpovědět na dvě hlavní výzkumné otázky (HVO).

(HVO<sub>1</sub>) Splňuje způsob dokumentace akutních a chronických ran na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. legislativní opatření?

(HVO<sub>2</sub>) Shoduje se záznamový arch chronické rány Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. s doporučeným ošetřovatelským záznamem ČSLR?

K vyhodnocení první výzkumné otázky nám pomohou výzkumné otázky vedlejší (VVO) a analýza polostrukturovaného rozhovoru.

VVO<sub>1</sub>: Jak se na zkoumaném pracovišti provádí standardním způsobem dokumentace akutních ran?

VVO<sub>2</sub>: Jak se na zkoumaném pracovišti provádí standardním způsobem dokumentace chronických ran?

K vyhodnocení druhé výzkumné otázky byla použita analýza dokumentů, která spočívá ve vyhledání shod a neshod.

**Symbolický cíl:** Upozornit na to, jaké výhody s sebou nese používání elektronické ošetřovatelské dokumentace se zaměřením na dokumentaci ran.

**Aplikační cíl:** V závislosti na výsledcích výzkumného šetření navrhnout vhodná opatření pro praxi.

## 5. Výzkumná metoda

Pro splnění cílů práce byla vybrána kvalitativní výzkumná metoda. Kutnohorská říká, že: *„Kvalitativní výzkum nám pomáhá získat o jevu detailní informace, které se kvantitativními metodami těžko zjišťují“* (23, s.25).

Hlavní metodou k průzkumu byla zvolena technika výzkumu dokumentů, jako doplňková metoda polostrukturovaného rozhovoru. K prozkoumání a ohodnocení kvality záznamových archů posloužila analýza dokumentů. Metoda polostrukturovaného rozhovoru přispěla k potvrzení korektnosti analyzovaných dat a potvrdila výskyt slabých i silných míst při samotné dokumentaci ran. Smyslem tohoto výzkumu nebylo upozornit na množství špatně provedených zápisů, ani hodnotit subjektivní popisy ve formulářích; záměrem bylo provést analýzu materiálů, které musí všeobecné sestry na svém pracovišti používat.

*„Při analýze dokumentů se obvykle postupuje podobně jako při analýze rozhovoru nebo záznamu pozorování. Například se navrhne kategorizační systém a postupně se vyhledávají výskyty představitelů dané kategorie. V průběhu vyhodnocení dokumentů lze použít i některé z kvantitativních metod obsahové analýzy, kdy se zaměřujeme na statistickou analýzu získaných četností výskytů jednotlivých obsahových prvků. Nebo postupujeme více holisticky, přičemž nám zkoumání dokumentů pomáhá rekonstruovat nějaké události. Analýza dokumentů se skoro vždy zařazuje do větších výzkumných projektů. Vzhledem k její nereaktivnosti se hodí pro doplnění nebo verifikaci platnosti poznatků získaných jinou cestou. Používá se také tehdy, jestliže není přístup k informacím pomocí pozorování, dotazování, nebo měření“* (24, s. 135).

Výzkumné šetření proběhlo v Nemocnici Jablonec nad Nisou, p. o. od listopadu 2017 do února 2018. Šetření zahrnovalo návštěvu archivu zdravotnické dokumentace, kde byla získána data primárního původu určená ke zpracování. Dále se uskutečnila tři setkání s vrchní sestrou chirurgického oddělení, v jejich průběhu docházelo k obeznámení se záznamovými archy, které jsou součástí ošetřovatelské dokumentace a obsahují zmínku o poranění. Tyto formuláře byly poskytnuty za účelem další analýzy v elektronické podobě. Analýzy probíhaly průběžně v dalších čtyřech měsících. Při poslední schůzce došlo k rozhovoru

s vrchní sestrou, jehož obsahem bylo mimo jiné ujištění, že poskytnuté informace nebudou zneužity a budou použity pouze v této práci. Od vrchní sestry byl získán ústní souhlas ke zpracování rozhovoru. Před začátkem průzkumu bylo nutné mít také souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči k provedení sběru podkladů pro zpracování bakalářské práce, (Příloha A).

Analýza dokumentů patří ke standardní aktivitě jak v kvalitativním, tak v kvantitativním výzkumu. Rozmanitost dokumentů znamená první výhodu této strategie zkoumání. Druhou výhodou je, že data nejsou vystavena působení zdrojů, chyb nebo zkreslení, jež vznikají při uskutečňování rozhovorů nebo pozorování, měření a testování (24, s.134).

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí dvou analýz dokumentů v kombinaci s polostrukturovaným rozhovorem. Východiskem pro zpracování první analýzy se staly dvě zdravotnické dokumentace. Jednalo se o dokumentaci akutní operační rány a záznam chronického defektu. S ohledem na ochranu dat pacientů došlo k označení vzorku č. 1, reflektující popis akutní rány, a vzorku č. 2, zobrazující ránu chronickou. V průběhu primární analýzy autorka oddělila ze vzorků informace týkající se ran, tím se zúžilo množství dat, které se přiblížily k výzkumnému problému. Pomocí sekundární analýzy byly vzorky podrobeny hodnocení podle stanovených pěti kritérií. Kritéria, (Tabulka 1), byla stanovena na podkladě poznatků získaných v rešeršní části práce.

Druhá analýza byla zpracována srovnávací metodou. Podstatou bylo nalezení společných znaků. K porovnání byly cíleně vybrány dva záznamové archy: formulář Prevence a léčba ran, který je používán na zkoumaném pracovišti, a doporučený ošetrovatelský záznam chronické rány a defektu ČSLR. Očekávaný výsledek této analýzy spočíval ve zhodnocení kvality formuláře, podle kterého všeobecné sestry na zkoumaném pracovišti provádějí popis chronických ran.

Rozhovor s vrchní sestrou na zkoumaném pracovišti proběhl za účelem získání doplňujících informací k výše popsaným analýzám a k detekci slabých i silných míst v ošetrovatelské dokumentaci ran, částečně tak přispěl ke splnění symbolického cíle. Rozhovor proběhl dne 16. 2. 2018 v prostorách kanceláře

chirurgického oddělení. Vrchní sestra si vyhradila dostatek času, rozhovor nebyl nikým přerušován a na všechny dotazy odpověděla. S jejím laskavým svolením mohou být případné doplňující otázky zodpovězeny prostřednictvím emailové korespondence. Vrchní sestra byla vybrána záměrně, očekáván byl přehled, profesní znalost zkoumané tematiky a záruka nezkreslených informací. Rozhovor byl přepsán do textové podoby. Přepis byl nejen prvním krokem analýzy, ale i lepším podkladem pro další zpracování. Opakovaným pročitáním textu postupně došlo k rozlišení podstatných informací pro stanovení pozitivních i negativních vlivů při procesu dokumentace. Redukovaná data byla v textu vyznačena a pojmenována klíčovým slovem, ta byla rozdělena do kategorií. Ke kategorizaci přispělo použití otevřeného kódování. Data seřazená do pěti kategorií byla podrobena sekundární analýze.

Kódy mohou být slova nebo slovní spojení, která nějakým způsobem zobecňují konkrétní pozorované jevy v textu. Výsledkem otevřeného kódování je seznam konceptů a kategorií, které nám dávají přehled o tématech v textu (24, s. 251–252).

Tabulka 1 Kritéria pro hodnocení vzorků

| Kritéria k hodnocení vzorků       | Hodnocení             |                      |                           |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|
|                                   | Splněny               |                      | Nesplněny                 |
| Legislativní předpisy             |                       |                      |                           |
| Použitá metoda                    | Popisný formulář      | Fotografie s popisem | Elektronická dokumentace  |
| Soulad s ošetrovatelským procesem | Odpovídá              |                      | Neodpovídá                |
| Používání skórovacích systémů     | Použity v plné míře   | Použity částečně     | Nepoužity                 |
| Vzhled používaných formulářů      | Přehledný, uspořádaný |                      | Nepřehledný, neuspořádaný |
| Počet formulářů                   | 4                     | 5                    | 6                         |

Zdroj: autor, 2018

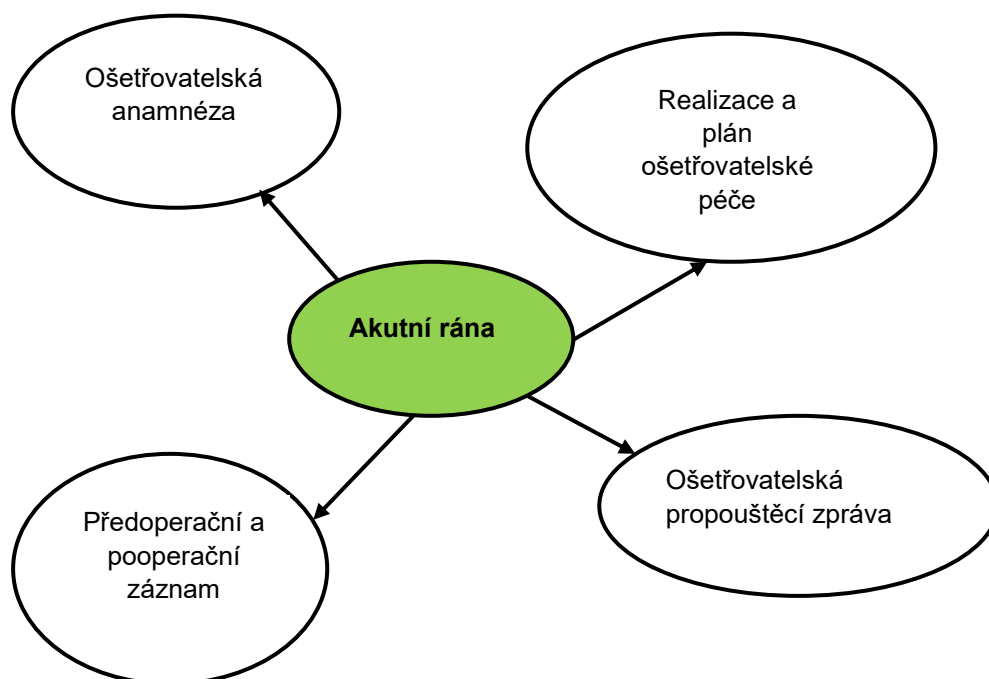
## 6. Analýzy výzkumných dat

### Vzorek č. 1 Akutní rána

Souhrn záznamu akutní rány po provedení primární analýzy:

1. den hospitalizace – příjem: vyplněn formulář Ošetřovatelská anamnéza (Příloha F), žádná známka o poruše integrity kůže, zápis bolesti, lokalizace a intenzita. Založen záznam Realizace a plán ošetřovatelské péče (Příloha G), zápis bolesti, bez podrobností.
2. den hospitalizace – operační den: použit formulář Předoperační a pooperační záznam sester (Příloha H), zaznamenány drény a způsob krytí rány, lokalizace operační rány zanesena v operačním protokolu.
3. den hospitalizace: pokračuje záznam Realizace a plán ošetřovatelské péče (Příloha G). V bodě č. 1 zmíněna bolest v místě operační rány, intenzita, v bodě č. 3 stav rány popsán jako klidný, převaz doplněn zmínkou o suchém krytí, opad z drénu za 24 hodin.
4. a 5. den hospitalizace: záznam Realizace a plán ošetřovatelské péče (Příloha G), v bodě č. 1 zmíněna bolest v místě operační rány, intenzita, v bodě č. 3 stav rány popsán jako klidný, převaz doplněn zmínkou o suchém krytí. 4. den opad z drénu po 24 hodinách, 5. den drén vyndán.
6. den hospitalizace – propuštění: záznam v Realizace a plán ošetřovatelské péče (Příloha G), v bodě č. 1 bolest, intenzita, rána opět popsána jako klidná, suché krytí, hojení per primám, při propuštění vyplněna Ošetřovatelská propouštěcí zpráva (Příloha I b), Edukační list (Příloha I), žádná zmínka o ráně, ale k dohledání v dokumentaci lékařské i s doporučením další péče o ránu, ve formuláři možnost zapsat edukaci.





Obrázek 7 Schéma použitých formulářů, záznam akutní rány

Zdroj: autor, 2018

Tabulka 2 Hodnocení popisu akutní rány

| AKUTNÍ RÁNA                       |                       |                      |                           |
|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|---------------------------|
| Legislativní předpisy             | Splněny               |                      | Nesplněny                 |
| Použitá metoda                    | Popisný formulář      | Fotografie popisem s | Elektronická dokumentace  |
| Soulad s ošetřovatelským procesem | Odpovídá              |                      | Neodpovídán               |
| Používání skórovacích systémů     | Použity v plné míře   | Použity částečně     | Nepoužity                 |
| Vzhled používaných formulářů      | Přehledný, uspořádaný |                      | Nepřehledný, neuspořádaný |
| Počet formulářů                   | 4                     | 5                    | 6                         |

Zdroj: autor, 2018

VVO<sub>1</sub>: Jak se na zkoumaném pracovišti provádí standardním způsobem dokumentace akutních ran?

Záznam o akutní ráně je na zkoumaném pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace. Záznam je prováděn metodou základního popisu, data o ráně jsou umístěna na čtyřech různých předdefinovaných formulářích, které všeobecné sestry ručně vyplňují. Legislativní požadavky tento způsob splňuje. Skórovací systémy nejsou používány ve všech možných případech. Na formulářích schází vysvětlivky.

## **Vzorek č. 2 Chronická rána**

Souhrn záznamu chronické rány po provedení primární analýzy:

1. den hospitalizace – příjem: vyplněn formulář Ošetrovatelská anamnéza, (Příloha F), v bodě č. 1 záznam bolesti s lokalizací a intenzitou, lokalizace rány, zakreslena v modelu lidského těla. Založen záznam Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G), záznam bolesti a její intenzity v místě rány, polohování, stav kůže subjektivním hodnocením, datum převazu. Použit formulář Prevence a léčba ran (Příloha J), zmíněny tyto hodnotící parametry: velikost rány, barva, povlak, sekrece, bolest, zápach, okolí rány, stěr z rány, ATB, obklad, primární krytí, předpis materiálu, kontrola a převaz, poznámka.

2.–7. den hospitalizace: formulář Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G), Prevence a léčba ran (Příloha J).

8.–15. den hospitalizace: pokračuje formulář Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G) a Prevence a léčba ran (Příloha J). Při převazech pravidelně pořizována fotografie rány, zpravidla 1x týdně.

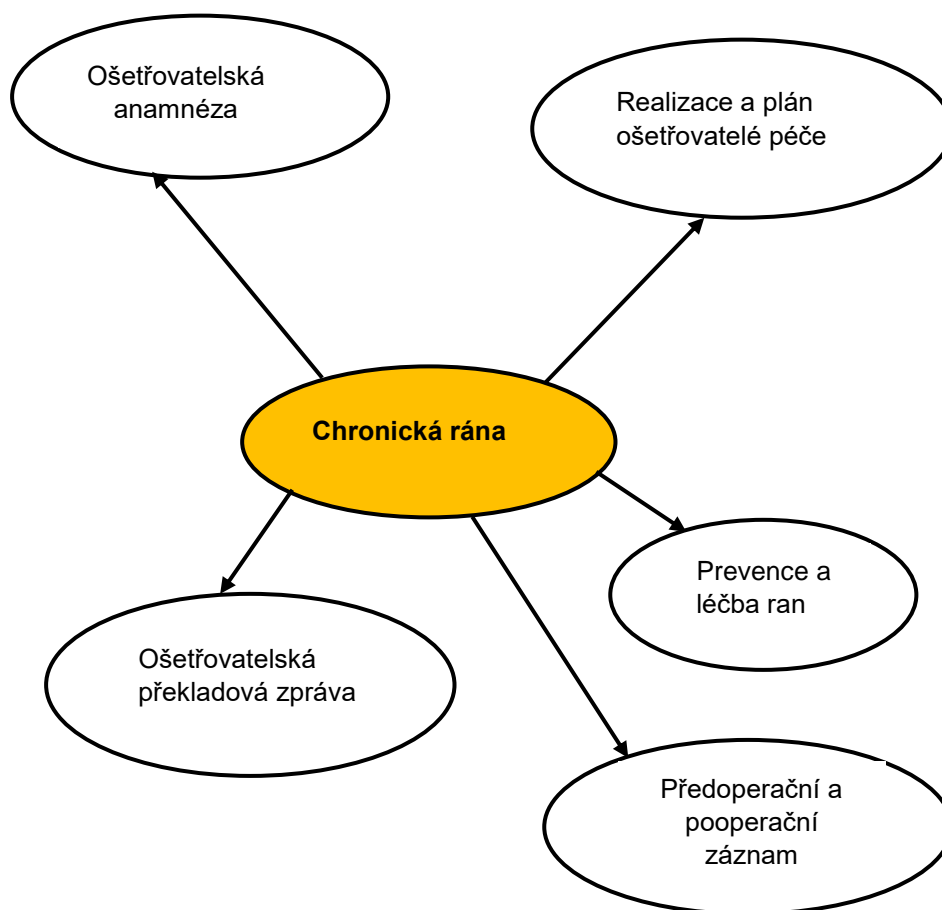
16. den hospitalizace: převaz v celkové anestezii dokumentován formulářem Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G), Předoperační a pooperační záznam sester (Příloha H) a Prevence a léčba ran (Příloha J).

17.–25. den hospitalizace: pokračují záznamy ve formulářích Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G) a Prevence a léčba ran (Příloha J). Při převazech pravidelně pořizována fotografie rány, zpravidla 1x týdně.

25.–35. den hospitalizace: záznamy ve formulářích Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G) a Prevence a léčba ran (Příloha J). Při převazech 1x týdně pořizována fotografie rány.

35.–42. den hospitalizace: pokračuje formulář Realizace a plán ošetrovatelské péče (Příloha G) a Prevence a léčba ran (Příloha J). Při převazech 1x týdně pořizována fotografie rány.

43. den hospitalizace: překlad na jiné oddělení dokumentován ve formuláři Ošetrovatelská překladová zpráva (Příloha K), součástí formuláře záznam o bolesti, lokalizace a intenzita, zakreslení lokalizace rány a datum posledního ošetření.



Obrázek 8 Schéma použitých formulářů, záznam chronické rány

Zdroj: autor, 2018

Tabulka 3 Hodnocení popisu chronické rány

| CHRONICKÁ RÁNA                    |                     |                              |                           |
|-----------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------------|
| Legislativní předpisy             | Splněny             |                              | Nesplněny                 |
| Použitá metoda                    | Popisný formulář    | Popisný formulář, fotografie | Elektronická dokumentace  |
| Soulad s ošetrovatelským procesem | Odpovídá            |                              | Neodpovídá                |
| Používání skórovacích systémů     | Použity v plné míře | Použity částečně             | Nepoužity                 |
| Vzhled používaných formulářů      | Přehledný           | Přehledný, uspořádaný        | Nepřehledný, neuspořádaný |
| Počet formulářů                   | 4                   | 5                            | 6                         |

Zdroj: autor, 2018

VVO<sub>2</sub>: Jak se na zkoumaném pracovišti provádí standardním způsobem dokumentace chronických ran?

Dokumentace chronické rány je na zkoumaném pracovišti součástí ošetrovatelské dokumentace, stejně jako popis rány akutní. Záznam se provádí základním popisem na předdefinovaných formulářích. V průběhu léčby je nutné dohledávat informace o ráně minimálně v pěti formulářích, ostatní informace související s ránou v dokumentaci lékařské. Formuláře všeobecné sestry vyplňují ručně. Fotografie rány se vkládá ve vytištěné podobě do dokumentace 1x týdně. Legislativní nároky jsou splněny. Skórovací systémy nejsou používány ve všech možných případech. Na formulářích schází vysvětlivky.

**Srovnávací analýza:** Shody a neshody mezi formuláři Prevence a léčba ran (Příloha J) a Ošetřovatelský záznam chronické rány a defektu ČSLR (Příloha C).

Tabulka 4 Porovnání formulářů

| Parametry uvedené na formuláři ČSLR | Formulář NJnN                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Anamnéza rány                       | X                                 |
| Typ rány                            | X                                 |
| Lokalizace rány                     | ✓ (v jiném formuláři)             |
| Současná terapie                    | ✓ (obklad)                        |
| Bolest                              | ✓                                 |
| Velikost                            | ✓ (bez kritérií)                  |
| Okolí rány                          | ✓                                 |
| Okraje rány                         | X                                 |
| Spodina rány                        | X                                 |
| Sekrece z rány                      | ✓ (secernace)                     |
| Sekret charakter                    | ✓ (bez kritérií v poli secernace) |
| Zápach                              | ✓                                 |
| Mikrobiologické vyšetření           | ✓ (stěr z rány)                   |
| ATB                                 | ✓                                 |
| Cévní vyšetření                     | X                                 |
| Diabetologické vyšetření            | ✓                                 |
| Hematologické vyšetření             | X                                 |
| Nutriční podpora                    | X                                 |
| Převaz                              | ✓                                 |
| Materiálové vybavení                | ✓                                 |

Zdroj: autor, 2018

## Porovnání

Shoda byla nalezena v šesti případech, shoda s připomínkou v sedmi a neshoda také v sedmi případech. Ve shodách s připomínkou se v jednom případě jedná o rozdíl v názvu, v jednom umístění informace v jiném formuláři a ve čtyřech případech schází hodnotící kritéria (Tabulka 4). Lokalizace rány se zaznamenává ve jiném formuláři, Ošetřovatelská anamnéza. Místo lokální terapie je dokumentován obklad. Pro velikost rány nejsou předepsána hodnotící kritéria, volné pole má prostor pro jejich případné dopsání. Sekrece je značena jako secernace, hodnocení exsudátu nemá žádná kritéria. Formulář neobsahuje informace o anamnéze rány, typu, okrajích a spodině rány. Záznamy o nutriční podpoře cévním nebo diabetologickém vyšetření ošetřující personál dohledává v lékařské části dokumentaci, nebo ve výsledcích.

## Polostrukturovaný rozhovor

Přepis rozhovoru byl přiložen k bakalářské práci (Příloha L). Analýzu autorka provedla pomocí otevřeného kódování, seznam kódů byl použit ke kategorizaci.

## Příklad kódování jedné otázky

T: Máte na oddělení sestry, které se specializují na rány? Jak si jste je vybrala, musí mít specializační kurz, jaký?

R: Na oddělení B1 je sestra, která se **specializuje na rány**, říkáme jí **převazová sestra**. její pracovní doba je ve všední dny od 6 do 14.30 hod. Vybrala jsem si jí proto, že to hlavně chce dělat, **je pečlivá**, jak na převazy, tak na dokumentaci. Prodělala různá **školení**, která se specializují na převazy ran (je pravda, že tato školení pořádají různé firmy, které se **specializují na léčbu ran**, ale absolvovala školení u různých firem, tak si **materiál vybírá podle toho, co jí vyhovuje, co má pocit, že dobře hojí**). Převazová sestra má kompetence k léčbě ran. Může stanovit postup hojení rány. Samozřejmě ve spolupráci s lékařem, ale praxe je taková, že

jí **doktoři poslechnou a radí se s ní**. Tato sestra chodí na malé i velké vizity pacientů. Na vizitě rozdělá ránu, pochlubí se, jak hojí, popř. ránu popíše (Drén hodně odvádí, jaký obsah, **včera byla rána povleklá**, dala jsem to a to). Doktoři i primář jí většinou poslechnou.

Tabulka 5 Kategorizace kódů

| Číslo kat. | Název kategorie          | Poznámka                      |
|------------|--------------------------|-------------------------------|
| I.         | Převazová sestra         | Záruka kontinuity zápisu      |
| II.        | Stav formulářů           | Schází hodnotící kritéria     |
| III.       | Využití fotografie rány  | Jen zpětně                    |
| IV.        | Wound management         | Bez zhodnocení rány           |
| V.         | Elektronická dokumentace | Negativní přístup managementu |

Zdroj: autor, 2018

### **Kategorie I: Převazová sestra**

V rozhovoru bylo uvedeno, že na oddělení funguje sestra, která je v oblasti péče a dokumentace ran proškolená prostřednictvím různých firem. Materiál si vybírá podle toho, co jí vyhovuje a má pocit, že dobře hojí. Tato převazová sestra má kompetence k hojení ran, ve spolupráci s lékařem může stanovit postup léčby. Pozitiva: Sestry s certifikovaným kurzem mají podle vyhlášky 55/2011 Sb., kompetence k léčbě ran. Spolupracující lékaři často nechávají léčbu ran v celkové kompetenci sester a zasahují, jen když je nutno naordinovat antibiotika. Negativa: Výběr materiálu je uveden bez jakýkoli kritérií, podle toho, co vyhovuje a má pocit, že hojí.

## **Kategorie II: Stav formulářů**

VS vyjádřila spokojenost se současným stavem, jakým se dokumentace ran provádí, pochválila zavedení formuláře Prevence a léčba ran a první rok práce s fotodokumentací. Pozitiva: Zavedení formuláře Prevence a léčba ran, splňuje legislativní požadavky. Fotografie ran, která se provádí rok. Negativa: Předcházející převazová sestra měla negativní přístup k dokumentaci.

## **Kategorie III: Využití fotografie ran**

VS odpověděla, že fotografie může být využita jako záznam péče při soudních sporech, stížnostech a jako podklad pro kazuistiku. Pozitiva: Vše, co bylo uvedeno, slouží ke zpětnému hodnocení. Negativa: Vše, co bylo uvedeno, slouží jen ke zpětnému hodnocení. Fotografie není aktuálněji využita v průběhu léčebného a ošetrovatelského procesu.

## **Kategorie IV: Wound management**

Vrchní sestra popsala jako stanovení léčebného plánu, kontrolu léčby a následnou péči o rány. Pozitiva: Fungující komunikace ohledně ran i po propuštění ze zdravotnického zařízení. Negativa: Absence posouzení rány podle standardizovaných kritérií.

## **Kategorie V: Elektronická dokumentace ran**

VS odpověděla, že o jiných možnostech moc neví a potřebu změny nemá, současný stav považuje po právní stránce za vyhovující. Pozitiva: Současný stav vyhovuje legislativě. Negativa: Změna je limitována lidským faktorem.

**Shrnutí:** Jednotlivé kategorie byly podrobeny sekundární analýze, která spočívala v nalezení společných vazeb. Ke snadnější orientaci ve vztazích mezi kódy bylo zpracováno schéma (Obrázek 9), na kterém jsou znatelné vazby tvořící nástroj k argumentaci předpokládaných pochybení. Níže uvedené příklady posloužily k upozornění na nevýhody současného stavu. Výsledek byl použit pro podporu používání elektronické dokumentace při hodnocení symbolického cíle.



## **Příklady:**

Kontinuita zápisu je zajištěna převazovou sestrou za použití formuláře, který byl zaveden k používání, ale neobsahuje správné zhodnocení rány (objektivizující metody ke zhodnocení rány), proto nemůže být v soudním sporu použit jako nezpochybnitelný důkaz o prokázání kvalitně poskytnuté péče.

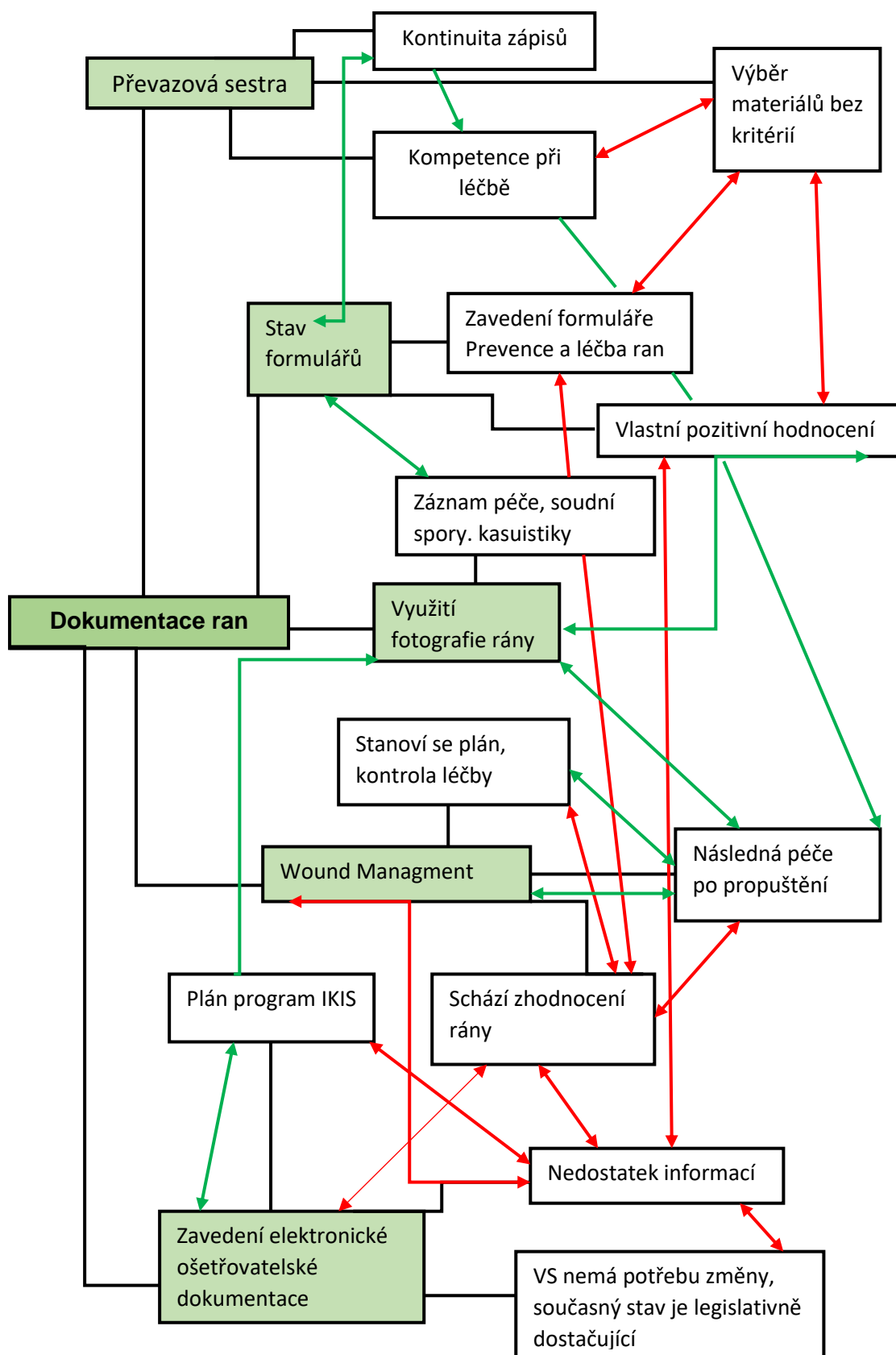
Kategorie Wound Management vychází z nedostatku informací, ale je potvrzen vlastním pozitivním hodnocením a spokojeností se současným stavem má za následek používání formuláře, který v průběhu léčby zcela nehodnotí stav rány.

Používání fotografie po propuštění a následné péče má ve vazbě s Wound managementem vliv na porovnání stavu rány v průběhu celé léčby.

Nedostatek informací a vyjádřená spokojenost se současným stavem ve vztahu s pozitivním sebehodnocením vede k oddálení zavedení elektronické dokumentace.

Nedostatek informací o zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace, konkrétně o zavedení programu IKIS, ve vazbě na využití fotografie ran, je příčinou toho, že se vytisknutá fotografie vkládá do chorobopisu (efektivnější je vložit fotografii ke zpracování do programu).

Fakt, že převazová setra se svými kompetencemi vybírá materiál bez zhodnocení stavu rány, se zpětnou vazbou na formulář, který neobsahuje všechny parametry, může mít za následek nevhodně sestavený plán péče.



Obrázek 9 Síť kódů a vztahy mezi nimi

Zdroj: autor, 2018

## 7. Vyhodnocení stanovených cílů

**Poznávacím cílem** této práce bylo odpovědět na dvě hlavní výzkumné otázky.

První hlavní výzkumná otázka zněla: Splňuje způsob dokumentace akutních a chronických ran na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. legislativní opatření?

K vyhodnocení HVO<sub>1</sub> byly použity odpovědi na VVO<sub>1</sub> a VVO<sub>2</sub>. Na podkladě těchto údajů bylo zjištěno, že dokumentace akutních i chronických ran splňují legislativní předpisy. Akutní rány jsou (Tabulka 2) na zkoumaném pracovišti dokumentovány základním popisem na předdefinovaných papírových formulářích, popis je ve výjimečných případech doplněn fotografií. Chronické rány (Tabulka 3) jsou na zkoumaném pracovišti dokumentovány základním popisem na předdefinovaných papírových formulářích, fotografie jsou k dokumentaci přikládány ve vytištěné podobě jako příloha jedenkrát týdně. V obou případech jsou splněny povinnosti dané vyhláškou č. 98 ze dne 22. března 2012.

Druhá hlavní výzkumná otázka zněla: Shoduje se záznamový arch chronické rány Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. s doporučeným ošetřovatelským záznamem ČSLR?

K zodpovězení HVO<sub>2</sub> byla použita analýza dokumentů. Podstatou této metody bylo nalezení společných znaků ve formuláři pro záznam chronické rány na zkoumaném pracovišti s doporučeným ošetřovatelským záznamem chronické rány a defektu ČSLR (Tabulka 4). Na základě této analýzy byla zjištěna z dvaceti hodnocených parametrů shoda v šesti případech, shoda s připomínkou v sedmi a neshoda také v sedmi případech. Ve shodách s připomínkou se v jednom případě jedná o rozdíl v názvu, v jednom umístění informace v jiném formuláři a ve čtyřech případech schází hodnotící kritéria. Tímto porovnáním bylo zjištěno, že všeobecné sestry nehodnotí anamnézu rány, typ rány, okraje rány a spodinu. Formulář, který k dokumentaci chronické rány používají, tyto parametry nezahrnuje. Informace o nutriční podpoře cévním nebo diabetologickým vyšetření ošetřující personál dohledává v jiné, nejčastěji lékařské dokumentaci.

**Symbolický cíl** této práce spočíval ve zhodnocení výhod používání elektronické dokumentace ran. Argumentace pro zavádění výše uvedeného způsobu do praxe byla na poli této práce podpořena v rešeršní části a v kapitole Analýza výzkumných dat, v části Shrnutí polostrukturovaného rozhovoru.

Autorka považuje za správně provedený záznam dokumentace rány takový, který ke své objektivnosti využívá hodnotící kritéria, skórovací systémy a je schopen používat a propojovat podstatná anamnestická data s daty získanými průběžnými hodnoceními. Pečlivé shromáždění údajů v rámci dokumentace poranění se významně podílí na sestavení ošetřovatelského procesu i vedení léčby. Ucelené informace pomáhají pochopit co a proč je třeba udělat. Snadná a rychlá orientace při dohledání faktorů, které ovlivňují hojení rány, jako jsou podvýživa, tkáňová hypoxie, snížená imunita, věk, užívání léků nebo informace o základním onemocnění, je snadnější v dokumentaci vedené elektronicky. Místo prohledávání papírových dokumentací stačí opakovaně kliknout. Dokumentace rány vyžaduje při zhodnocení stavu aktuální data, je pravděpodobně zaručen kvalitnější záznam při použití fotografie s popisem než ruční zápis sestry, která pomocí paměťové stopy s odstupem času vyplňuje formulář.

Nejvýznamnější výhodou používání elektronické dokumentace je časová úspora. Čas je ušetřen nejen rychlým přístupem k datům, ale i digitálním zpracováním např. měření rány, přístupem do dokumentace z různých míst a okamžitým uložením zápisu nebo fotografie. Dalším přínosem je transparentnost vložených dat, čitelnost obsahu i snadná identifikace pracovníka, který záznam provádí, snižuje se také riziko chybného záznamu, nebo záměny dokumentací. S narůstajícím množstvím obsáhlých zdravotnických dokumentací nabízí elektronická dokumentace úspory při archivaci. Díky využívání moderních technologií lze zvýšit zájem o pracovní pozice a ztraktivnit stávajícím zaměstnancům přístup k neoblíbené části práce všeobecných sester, kterou vedení dokumentace bezesporu je.

Mezi nevýhody elektronické dokumentace patří počáteční vysoká investice, při integraci do síťového prostředí obtížnější ochrana dat, životnost datových médií a vyšší technická gramotnost zaměstnanců.

**Aplikační cíl** vychází z výsledků porovnání formuláře doporučeného a v praxi používaného (Tabulka 4). Tímto porovnáním bylo zjištěno, že všeobecné sestry na zkoumaném pracovišti nehodnotí anamnézu, typ, okraje a spodinu rány. Tyto parametry nehodnotí proto, že formulář Prevence a léčba ran, který pro dokumentaci chronické rány používají, výše uvedené údaje nezahrnuje.

Návrhy pro zlepšení jsou řazeny podle složitosti a náročnosti zavedení do praxe.

1. Doplnění chybějících dat do stávajících formulářů (podrobně rozepsáno v kapitole Diskuze, části Doporučení pro praxi).
2. Používání nově navrženého formuláře (Příloha M).
3. Urychlení používání elektronické dokumentace.
4. Pro rychlé zdokumentování rány v průběhu převazu navrhuje autorka užívání aplikace pro focení ran v mobilním telefonu nebo tabletu. Aplikace je k datumu odevzdání práce ve stádiu vývoje.

Základem pro dokumentaci ran je formulář jak v papírové, tak v elektronické podobě. Papírový list i dokument v počítačovém systému by měl být snadno pochopitelný a jednoduše vyplnitelný zaškrtnutím nebo kliknutím. Neměl by obsahovat příliš volných textových polí, které mohou vést k tomu, že se z jednoduše hodnotitelných parametrů stanou položky plné subjektivního hodnocení.

## 8. Diskuze

Výzkumným šetřením byly zjištěny nedostatky při vedení dokumentace chronické rány na chirurgickém oddělení Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., zejména pak v oblasti hodnocení stavu poranění. Tato položka bakalářské práce byla srovnána s výsledky prací zabývajících se podobnou tematikou.

K výsledkům šetření přispělo zodpovězení HVO<sub>2</sub>, která zněla: Shoduje se záznamový arch chronické rány Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. s doporučeným ošetřovatelským záznamem ČSLR? Na základě analýzy (Tabulka 4) bylo zjištěno, že podle formuláře Prevence a léčba ran, který slouží na chirurgickém oddělení k dokumentaci chronických poranění, všeobecné sestry nehodnotí anamnézu rány, typ rány, a při charakteristice okraje a spodinu rány. Formulář neposkytuje informace o cévním nebo diabetologickém vyšetření a nutriční podpoře, ty musí ošetřující personál dohledávat v dokumentaci lékařské. Algoritmus pro dokumentaci ran tyto parametry zahrnuje. Podle doporučeného záznamu chronické rány a defektu ČSLR je vhodné umístit výše zmiňovaná data na jeden formulář.

Důvěryhodnost výzkumu lze zpochybnit tím, že není k dispozici žádný výzkum samotných hodnotících kritérií. Mimo to obavy zdravotnického zařízení z možného úniků informací kladly překážky k odhalení dalších případných nedostatků ve vedení dokumentací. K objektivitě šetření by také přispěla kombinace s kvantitativním výzkumem dané tematiky.

Výše uvedené šetření bylo porovnáno s výsledky diplomové práce K. Adamové, absolventky katedry ošetřovatelství Masarykovy univerzity v Brně, která se zabývala hodnocením a dokumentováním nehojících se ran v agenturách domácí péče. V části zaměřené na využívání objektivizujících metod k hodnocení celkového stavu pacienta s nehojící se ránou Adamová uvádí, že 10,1 % agentur domácí péče, které se zúčastnily výzkumného šetření, tyto metody nevyužívá. Fotodokumentaci nehojící se rány využívá 78,3 % zúčastněných agentur, nejčastěji při odběru anamnézy, dále minimálně jednou měsíčně nebo při zhoršení stavu. Některé agentury využívají fotografii standardně k hodnocení rány, jiné jako doplňkovou metodu hodnocení (25, s.90).

K dalšímu zajímavému zjištění došla Štefánková, absolventka katedry ošetřovatelství Masarykovy univerzity v Brně, ve své bakalářské práci Wound management ve zdravotnictví. Zodpovězení otázky, která se týkala použití parametrů při hodnocení chronických ran, prokázalo, že etiologii hodnotilo 62 respondentů tj. (8,3 %) odpovědí, lokalizace byla zmíněna v 79 případech tj. (10,5 %) odpovědí, velikost hodnotilo 79 dotazovaných tj. (10,5 %) odpovědí, tvar 62 respondentů tj. (8,3 %) odpovědí, spodinu hodnotilo 67 dotazovaných tj. (8,9 %) odpovědí a okraje nehojící se rány 71 respondentů tj. (9,5 %) odpovědí. Okolí rány bylo uvedeno u 78 respondentů tj. (10,4 %) odpovědí. Množství sekrece z rány bylo hodnoceno 78 respondenty tj. (10,4 %) odpovědí a charakter sekrece byl hodnocen u 77 dotazovaných tj. (10,3 %) odpovědí. Bolest u nehojící se rány hodnotí 56 respondentů tj. (7,5 %) odpovědí, přítomnost bakterií v ráně hodnotí 42 respondentů tj. (5,6 %) z celkem obdržených odpovědí (26, s. 68–69).

Wilczková uvádí, že všeobecné sestry hodnotí většinu parametrů podle toho, jak jsou uvedeny v dokumentaci na pracovištích. Proto by byla vhodná jednotná dokumentace pro chronické se rány celorepublikově, nejen ve státních, ale i soukromých zdravotnických zařízeních (27, s 50).

Podobnosti získaných výsledků poukazují na nedostatky při používání objektivizujících kritérií popisu rány. Tato pochybení spadají do kompetence jednotlivých zařízení. Tvorbou standardů a formulářů pro záznamy a vlastními interními audity mohou nalézt nedostatky vedoucí k nápravě. Z internetového zdroje bylo zjištěno, že Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o. je akreditovaná dle Národních akreditačních standardů SAK. V listopadu 2013 a 2016 byla nemocnice reakreditována.

Splněním symbolického cíle byla autorkou vyjádřena podpora pro zavádění elektronické ošetřovatelské dokumentace. Že toto tvrzení není ojedinělé a existující problém čeká na své řešení několik let dokazuje článek (28) Jak ulehčit sestrám práci? Spíš než změnou vzdělávání redukcí papírování a funkčními ošetřovatelskými týmy, který byl publikován v dubnu 2017.

Byrokratizace zdravotnictví je fakt, který dnes asi nikdo nebude rozporovat. Už před čtyřmi roky provedla Česká asociace sester (ČAS) průzkum mezi téměř šesti tisíci zdravotníky, který potvrdil narůstající množství

administrativy a s tím také rostoucí nespokojenost personálu. Problém se už snaží řešit i ministerstvo zdravotnictví, a to několika způsoby. Jedním z nich je podpora zavádění elektronizace, druhým, na kterém se podílí i ČAS, je redukce ošetřovatelské dokumentace (28).

*„Velmi intenzivně pracujeme na snížení administrativní zátěže. I to je krok k tomu, jak zvýšit bezpečnost péče o naše pacienty,“ říká Šochmanová. Zároveň se ale nebojí pálit do vlastních řad – ne za všechnu zbytečnou administrativu totiž mohou požadavky ministerstva. „Chtěla bych apelovat na své kolegyně – hlavní sestry a náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. Z praxe vím, že je to na nás, na tom, jak si to ve zdravotnickém zařízení nastavíme. V některých zařízeních musí sestry vyplňovat naprosto nesmyslné formuláře, musí několikrát zaznamenávat péči. To je obrovský nešvar, který naše sestry zbytečně zatěžuje a zdržuje od práce u pacientů,“ (28) zdůrazňuje prezidentka ČAS.*



## **Doporučení pro praxi**

Vzhledem ke zjištěným nedostatům byly navrženy dva způsoby řešení. Jako první nápravné opatření autorka doporučuje doplnění dat do stávajících formulářů, ve druhém navrhla formulář pro samostatnou dokumentaci chronické rány.

### **1. U stávajících formulářů doplnit:**

Formulář Ošetřovatelská anamnéza

- Anamnéza nejen příjmová, ale i během hospitalizace.
- Bolest akutní a chronická, v klidu nebo při pohybu.
- Poruchy integrity kůže datum, příčina vzniku a typ rány.
- Anamnéza rány.

Formulář Realizace a plán ošetřovatelské péče

- Bolest, kritéria.

Formuláři Prevence a léčba ran

- Hodnotící kritéria u velikosti rány, bolesti, okraje a okolí rány, klasifikace exsudátu.
- Informace o lokální terapii, místo zmíněného obkladu komprese.

Formulář Překladová ošetřovatelská zpráva

- Bolest akutní a chronická, v klidu nebo při pohybu, charakter bolesti.
- Typ poruchy integrity obsáhlejší výběr může být, např. opruzenina, otok, stomie, chronická rána.

Ve všech formulářích je třeba doplnit význam zkratk

### **2. Používání samostatného formuláře dokumentace chronické rány:**

- (Příloha M)

## 9. Závěr

Bakalářská práce se podrobněji zabývala dokumentací ran. V rešeršní části byly zmíněny legislativní poznatky, informace o algoritmech používaných při popisu rány spolu s hodnotícími škálami, které se podílejí na objektivizaci záznamu, různé metody, kterými lze poranění zaznamenat a obecně význam zdravotnické dokumentace.

V části zabývající se výzkumem byly vytýčeny tři cíle poznávací, symbolický a aplikační.

K naplnění poznávacího cíle dopomohly odpovědi na první a druhou HVO. První hlavní výzkumná otázka se stala podkladem pro tvrzení, že dokumentace ran na chirurgickém oddělení NjN splňuje legislativní opatření. Bylo zjištěno, že standardní způsob dokumentace ran je na zkoumaném pracovišti rozložen do několika formulářů jako součást dokumentace ošetrovatelského procesu. Záznamy se provádějí popisem, u chronických ran se do dokumentace vkládá vytištěná fotografie rány. Druhá výzkumná otázka poukázala na nedostatky při záznamu chronické rány, bylo zjištěno, že všeobecné sestry nehodnotí anamnézu, typ, okraje a spodinu rány. Formulář, který k dokumentaci chronické rány používají tyto parametry neobsahuje.

Symbolickým cílem této práce bylo upozornit na to, jaké výhody s sebou nese zpracování dat v rámci elektronické ošetrovatelské dokumentace. Používání elektronické dokumentace nelze jinak než doporučit, ve srovnání s písemnou je praktická a časově méně náročná. Tyto změny jsou plně v kompetenci zřizovatele poskytované péče. Vyjádření manažerky na střední úrovni řízení, vrchní sestry, svou váhu na urychlení změn jistě má. V rozhovoru však vrchní sestra vyjádřila spokojenost se současným stavem.

Aplikačním cílem se stal autorkou navržený formulář, vytvořený podle doporučeného ošetrovatelského záznamu chronické rány a defektu ČSLR, s možností vložení fotografie přímo do záznamového archu. Pro zjednodušené dokumentování v současných podmínkách navrhuje autorka užívání aplikace pro focení ran v mobilním telefonu nebo tabletu.

Současným trendem je nárůst kompetencí pro všeobecné sestry v oblasti péče o chronické rány. Ve většině zdravotnických zařízení jsou již pojmy jako převazová sestra nebo sestra s certifikačním kurzem ČSLR zcela běžné. Všeobecné sestry se ve zmíněné oblasti stávají nejen lékařovou pravou rukou, ale i partnerem k diskusi v průběhu léčebného a ošetrovatelského procesu. Aby všeobecné sestry v této pozici obstály co nejlépe, je vhodné respektovat nejen co je nařízené legislativou, ale i akceptovat doporučení odborníků, kteří se se specifickou tematikou zabývají.

## SEZANAM POUŽITÉ LITERATURY

1. VELKÝ LÉKAŘKÝ SLOVNÍK. *Velký lékařský slovník* [online]. Copyright © Maxdorf 1998-2018 [cit. 2018-03-14]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/>
2. VONDRÁČEK, Lubomír a Vlasta WIRTHOVÁ, 2008. *Sestra a její dokumentace: návod pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2763-9.
3. POKORNÁ, Andrea a Romana MRÁZOVÁ, 2012. *Kompendium hojení ran pro sestry*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-3371-5.
4. ČESKO, Zákon č. 372 ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 131, s. 4761-4770. Dostupný také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
5. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č. 98 ze dne 22.března 2012 o zdravotnické dokumentaci. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.
6. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. Vyhláška č.102 ze dne 22.března 2012 o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, částka 39, s. 1738-1744. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>
7. ČESKO, Zákon č. 101 ze dne 4.dubna 2000 o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>
8. ČESKO, Zákon č. 20 ze dne 17.března 1966 o péči zdraví lidu. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 1966, částka 7. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>

9. ČESKO, Zákon č. 160 ze dne 19. března 1992 o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 1992, částka 35. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-160/zneni-20100701>
10. ČESKO, Zákon. Č. 260 ze dne 26. června 2001 kterým se mění zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. IN: *Sbírka zákonů České republiky*. 2001, částka 100. Dostupná také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2001-260>
11. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů*. IN: *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2004, částka 7, číslo 8, s. 12-13. Dostupné také z: [https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik\\_3646\\_1778\\_11.html](https://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik_3646_1778_11.html)
12. POLICAR, R., 2010. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2358-7.
13. KVASNICOVÁ, E., 2005. *Standard ošetřovatelského záznamu chronické rány*: Administrativní manuál [online]. ČSLR, [cit. 2018-01-22]. Dostupné z: <http://cslr.cz/download/standard-oseetrovatelskeho-zaznamu-chronicke-rany.doc>
14. JANÍKOVÁ, Eva a Renáta ZELENÍKOVÁ, 2013. *Ošetřovatelská péče v chirurgii pro bakalářské a magisterské studium*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4412-4.
15. NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL, EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL a PAN PACIFIC PRESSURE INJURY ALLIANCE. *Prevence a léčba dekubitů-příručka k Doporučení pro klinickou praxi*. Osborne Park: Cambridge Media, 2014. ISBN 978-0-9579343-6-8. Dostupné z:

<http://doczz.cz/doc/101471/prevence-a-l%C3%A9%C4%8Dba-dekubit%C5%AF-%E2%80%93-p%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka-k-doporu%C4%8Den%C3%AD>

16. BRYCHTA, Pavel et al. Vybrané kapitoly z plastické chirurgie a popáleninové medicíny. *Lékařská fakulta Masarykovy univerzity* [online]. Brno: Lékařská fakulta, Masarykova univerzita, 2018 [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.med.muni.cz/Traumatologie/Popaleniny/Popaleniny.htm>
17. POSPÍŠILOVÁ, Alena a Milada FRANČŮ, 2008. Akutní a chronické rány- etiologie, rozdíly v hojení a léčba. *Česko slovenská dermatologie*, Praha, 2008, roč. 83, č. 5, s. 232. ISSN 0009-0514.
18. ARANZ MEDICAL. Wound Assessment and Management | Silhouette. ARANZ MEDICAL. Silhouette® - *Wound Documentation. Wound Assessment and Wound Management System* | ARANZ Medical [online]. Christchurch: ARANZ Medical, 2018 [cit. 2018-01-23]. Dostupné z: <http://www.aranzmedical.com/>
19. KIESER, David Christopher a Catherine HAMMOND. Leading Wound Care Technology: The ARANZ Medical Silhouette. *Advances in Skin & Wound Care*. 2011, **24**(2), 68-70. DOI 10.1097/01.ASW.0000394028.64777.f7. Dostupné z: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00129334-201102000-00007>
20. ROMANELLI, M. et al. Clinical evaluation of a wound measurement and documentation system. *Wounds*. 2008, **20**(9), 258-264. ISSN 1044-7946.
21. XOTONICSMED. *Our Mission- XOTONICSMED* [online]. Treuen im Vogtland: XotonicsMED, 2018 [cit. 2018-0201]. Dostupné z: <http://www.xotonicsmed.com/en/>

22. ŠKRLA, Petr a Magda ŠKRLOVÁ, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2616-8.
23. KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2713-4.
24. HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. (4). Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
25. ADAMOVIČ, K., 2014. *Specifika dokumentování nehojících se ran v domácí péči*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupný z: <https://theses.cz/id/2clk8q>
26. ŠTEFÁNKOVÁ, J., 2012. *Wound management ve zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupný z: <https://theses.cz/id/mik3c2/?furl=%2Fid%2Fmik3c2%2F;so=nx;lang=en>
27. WILCZKOVÁ, M., 2011. *Znalosti všeobecných sester o moderních způsobech hojení chronických ran*. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Dostupný z: [https://is.muni.cz/th/363513/lf\\_m/](https://is.muni.cz/th/363513/lf_m/)
28. KOUBOVÁ, Michaela. Jak ulehčit sestřím práci? Spíš než změnou vzdělávání redukcí papírování a funkčními ošetrovatelskými týmy. In: *Zdravotnický deník* [online]. 6.4.2017 [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/04/jak-ulehcit-sestram-praci-spis-nez-zmenou-vzdelavani-redukci-papirovani-funkcnimi-osetrovatelskymi-tymy/>

## SEZNAM PŘÍLOH

|           |   |      |
|-----------|---|------|
| Příloha A | Protokol k provádění sběru dat                        | I    |
| Příloha B | Rešerše   | II   |
| Příloha C | Standard ošetřovatelské dokumentace chronické rány, 1 | III  |
| Příloha D | Standard ošetřovatelské dokumentace chronické rány,2  | IV   |
| Příloha E | Standard ošetřovatelské dokumentace chronické rány, 3 | V    |
| Příloha F | Formulář Ošetřovatelská anamnéza (NJnN)               | VI   |
| Příloha G | Realizace a plán ošetřovatelské péče (NJnN)           | VII  |
| Příloha H | Předoperační a pooperační záznam sester (NJnN)        | VIII |
| Příloha I | Propouštěcí zpráva, Edukační list(NJnN)               | IX   |
| Příloha J | Prevence a léčba ran(NJnN)                            | X    |
| Příloha K | Ošetřovatelská překladová zpráva(NJnN)                | XI   |
| Příloha L | Transkripce rozhovoru                                 |      |
| Příloha M | XII, XIII   |      |
| Příloha N | Nový formulář   | XIV  |



Příloha A - Protokol k provádění sběru dat

**Příloha D**

**PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ SBĚRU PODKLADŮ  
PRO ZPRACOVÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(součástí tohoto protokolu je, v případě realizace, kopie plného znění  
dotazníku, který bude respondentům distribuován)

|  |   |            |
|--|---|------------|
| Příjmení a jméno studenta  | Kováčová Hana   |            |
| Studijní obor  | Vědecká kuchařka  | Ročník III |
| Téma práce   | Dokumentace prac  |            |
| Název pracoviště, kde bude realizován sběr podkladů  | Chemický oddělení<br>Kuchyně a spísovna (Archiev)   |            |
| Jméno vedoucího bakalářské práce   | Mgr. Eva Horková, Ph.D.   |            |
| Vyjádření vedoucího bakalářské práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu/průzkumu | Výzkum/průzkum<br><input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště<br><input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště |            |
| Souhlas vedoucího bakalářské práce   | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím   |            |
| Souhlas náměstkyně pro ošetrovatelskou péči  | <input checked="" type="radio"/> souhlasím<br><input type="radio"/> nesouhlasím   |            |

V... Arce... dne ... 1. 11. 2017. Podpis studenta ... Kováčová

Nemocnice Jablonec nad Nisou, p.p.  
Mgr. Jitka Řehořová, MSc.  
náměstka pro ošetrovatelskou péči

Nemocnice 444515, 456 01 Jablonec nad Nisou

## Dokumentace ran

Marie Kovářová

Jazykové vymezení: čeština, němčina

Klíčová slova: zdravotnická dokumentace – gesundheitsdokumentation, ošetrovatelská dokumentace – pflegedokumentation, lékařská dokumentace – ärztliche dokumentation, dokumentace ran – wunddokumentation, hodnotící škály – bewertungsskalen, popis rány – wundbeschreibungen, fotodokumentace – fotodokumentation

Časové vymezení: 2008-2018

Druhy dokumentů: knihy, články, vysokoškolské práce, příspěvky ve sborníku, elektronické zdroje

Počet záznamu: 28 (knihy: 7, články a příspěvky ve sborníku: 10, vysokoškolské práce: 3, elektronické zdroje: 8)

Použitý citační styl: pomocí číselných odkazů

Základní prameny:

- knihovna Masarykovy univerzity v Brně  
(<https://www.muni.cz/spoluprace/sluzby/knihovny>)
- registr závěrečných prací Theses (<https://theses.cz/>)
- internetové stránky MZČR (<https://www.mzcr.cz/>)
- katalog Národní lékařské knihovny  
(<https://www.medvik.cz/bmc/>)
- zahraniční databáze (PubMed a Scopus)
- internetový vyhledávač Google Scholar, Google Books

Příloha C-Standard ošetrovatelské dokumentace chronické rány



**Ošetrovatelský záznam chronické rány a defektu**

|   |  |  |                          |
|---|--|--|--------------------------|
| Stítek pacienta   |  | Datum zahájení léčby   | Datum ukončení léčby     |
|   |  | Předání pacienta do jiné péče                                  |                          |
|   |  | Stav rány při ukončení hospitalizace                           |                          |
| <b>I. Anamneza rány</b>   |  | Ošetřující lékař   | <u>ošetřující sestra</u> |
| <b>a - První příznaky -</b>   |  | Poradní kontakt  |                          |
| <b>b - Příčina rány - je-li známá</b>   |  | Poznámka:  |                          |
| <b>II. Typ rány</b>   | <b>VI. Charakteristika</b>   | <b>VII. Mikrobiologické vyšetření (stěrv)</b>                  | <b>Lokalizace rány</b>   |
| 1. <input type="checkbox"/> dekubitus   | Velikost šířka x délka x hloubka   | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne       |                          |
| <input type="checkbox"/> st. I - zarudnutí  | <b>1. Okolí rány</b><br><input type="checkbox"/> klidné <input type="checkbox"/> ekzém<br><input type="checkbox"/> zánět <input type="checkbox"/> nekróza<br><input type="checkbox"/> macerace <input type="checkbox"/> jiné (popiš) | Datum provedení  |                          |
| <input type="checkbox"/> st. II - puchýř  |  | Nález  |                          |
| <input type="checkbox"/> st. III - defekt   |  | Citlivost  |                          |
| <input type="checkbox"/> st. IV - nekróza   |  |  |                          |
| Nekróza <input type="checkbox"/> vlhká <input type="checkbox"/> suchá                               |  | ATB léčba nasazena   |                          |
| 2. <input type="checkbox"/> ulcus cruris <input type="checkbox"/> žilní                             | <b>2. Okraje rány</b>  | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne datum |                          |
| <input type="checkbox"/> tepenný  | <input type="checkbox"/> poulcové <input type="checkbox"/> naváité   | název ATB  |                          |
| <input type="checkbox"/> smíšený  | <input type="checkbox"/> jiné - (definuj)  | <b>VIII. Cévní vyšetření (ulcus cruris)</b>                    |                          |
| <input type="checkbox"/> jiný   | <b>3. Spodina rány</b>   | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne       |                          |
| 3. <input type="checkbox"/> diabetický defekt   | <input type="checkbox"/> čistá <input type="checkbox"/> atonická   | závěr  |                          |
| 4. <input type="checkbox"/> jiná rána (popiš)   | <input type="checkbox"/> granulace <input type="checkbox"/> povleklá   | <b>IX. Diabetologické vyšetření</b>                            |                          |
|   | <input type="checkbox"/> epitelizace <input type="checkbox"/> nekrotická   | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne       |                          |
|   | <input type="checkbox"/> secernující   | <b>X. Hematologické vyšetření</b>                              |                          |
| <b>III. Lokalizace rány (zakresli)</b>  | <input type="checkbox"/> jiná (definuj)  | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne       |                          |
| <b>IV. Současná terapie</b>   | <b>4. Sekrece z rány</b>   | <b>XI. Nutriční podpora</b>                                    |                          |
| <input type="checkbox"/> lokální  | <input type="checkbox"/> žádná <input type="checkbox"/> profúzní   | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne       |                          |
| <input type="checkbox"/> systémová  | <input type="checkbox"/> mírná <input type="checkbox"/>  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> fyzikální  | <input type="checkbox"/> střední <input type="checkbox"/>  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> komprese <input type="checkbox"/> přes den                                 | <b>5. Sekret - charakter</b>   |  |                          |
| <input type="checkbox"/> 24 hodin   | <input type="checkbox"/> serózní <input type="checkbox"/> hnisavý  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> lymfodrenáže   | <input type="checkbox"/> kručavě serózní   |  |                          |
| <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  | <input type="checkbox"/> jiný (definuj)  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> manuální <input type="checkbox"/> přístrojové                              | <b>6. Zápach</b>   |  |                          |
|   | <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne   |  |                          |
| <b>V. Bolest</b>  | charakteristika -  | jaká -   |                          |
| <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne  |  |  |                          |
| Lokalizace <input type="checkbox"/> v ráně <input type="checkbox"/> okolí                           |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> v klidu <input type="checkbox"/> při námaze <input type="checkbox"/> stále |  |  |                          |
| <b>Císelná škála bolesti -</b>  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> napínání <input type="checkbox"/> pálení                                   |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> tlak <input type="checkbox"/> píchání                                      |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/> jiná -   |  |  |                          |
|   |  | Propuštění datum zapsala                                       |                          |
|   |  | Poslední lokální terapie                                       |                          |
|   |  | Další převaz doporučen   |                          |
|   |  | Materiálové vybavení   |                          |
|   |  | Zhodnocení celkového stavu pacienta                            |                          |


Zdroj: <http://cslr.cz/download/standard-osetrovatelskeho-zaznamu-chronicke-rany.doc>







Příloha G-Formulář Realizace a plán ošetrovatelské péče

| Realizace a plán ošetrovatelské péče |  |       |          |       |  NEMOCNICE<br>JABLONEC NAD NISOU, p. o. |       |       |       |
|--------------------------------------|--|-------|----------|-------|---|-------|-------|-------|
|                                      |  |       |          |       | Strana č.:  |       |       |       |
| Identifikační štítek pacienta        |  |       | Alergie: |       | Jiné důležité informace:  |       |       |       |
| Datum / den                          |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Kat / D / Op / Rev                   |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Tělesná teplota                      | R  | P     | V        | N     | R   | P     | V     | N     |
| Krevní tlak                          |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Puls                                 |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Saturace                             |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Drény<br>odpad / 24 h                | I.   | II.   | III.     | IV.   | I.  | II.   | III.  | IV.   |
| Glykémie                             | 6.00   | 12.00 | 17.00    | 22.00 | 6.00  | 12.00 | 17.00 | 22.00 |
| <b>1. Bolest</b>                     |  |       |          |       |   |       |       |       |
| 2.<br>Deficit<br>sebepečí            | v čem<br>Riziko pádu<br>rehabilitace           |       |          |       |   |       |       |       |
| 3.<br>Kůže,<br>sliznice              | Dekubity,<br>polohování<br>Rány -<br>převazy   |       |          |       |   |       |       |       |
| 4.<br>Invasivní<br>vstupy            | PŽK<br>CŽK<br>Epidurální                       |       |          |       |   |       |       |       |
| 5.<br>Výživa,<br>tekutiny            | přijem tek.<br>výživa<br>NGS, NJ<br>PEG        |       |          |       |   |       |       |       |
| krmění do sondy                      |  |       |          |       |   |       |       |       |
| 6.<br>Vyprazdňování                  | Stolice<br>moč, PMK<br>Stomie                  |       |          |       |   |       |       |       |
| 7.<br>Dýchání                        | Odsávání,<br>O <sub>2</sub> terapie            |       |          |       |   |       |       |       |
| 8.<br>Psychika                       | Vyšetření,<br>operace -<br>příprava<br>edukace |       |          |       |   |       |       |       |
| Noční služba Jiné problémy           |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Přístroje                            |  |       |          |       |   |       |       |       |
| Podpis sestry                        | D:   |       | N:       |       | D:  |       | N:    |       |

ZD CHIR 02 Realizace a plán oš. péče  
Verze: 01

1/2





Příloha I-Formulář Propouštěcí zpráva, Edukační list

| DATUM HODINA | TÉMA | REAKCE EDUKOVANĚHO   | PODPIS KDO EDUKUJE |
|--------------|------|--|--------------------|
|              |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |                    |
|              |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |                    |
|              |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |                    |


  

| OŠETŘOVATELSKÁ PROPOUŠTĚCÍ ZPRÁVA  |  |
|--|--|
| <b>Datum propuštění do domácího ošetření :</b><br><br><b>Pacient obdržel:</b><br><input type="checkbox"/> lékařskou propouštěcí zprávu<br><input type="checkbox"/> průkaz práce neschopného<br><input type="checkbox"/> lékařské recepty<br><input type="checkbox"/> ortopedické pomůcky<br><input type="checkbox"/> stomické pomůcky<br><input type="checkbox"/> dokumentaci z jiného pracoviště RTG, CT, MR<br><input type="checkbox"/> rozpis diety<br><input type="checkbox"/> cennosti z úschovy<br><input type="checkbox"/> vlastní léčivé přípravky odevzdané po dobu hospitalizace | <b>Zajištěna doprava:</b> <input type="checkbox"/> vlastní<br><input type="checkbox"/> sanitním vozem <input type="checkbox"/> s doprovodem <input type="checkbox"/> bez doprovodu<br><br><b>Předán do péče:</b> <input type="checkbox"/> praktický lékař <input type="checkbox"/> obvodní gynekolog<br><input type="checkbox"/> pečovatelská služba <input type="checkbox"/> jiné zdravotnické zařízení |
| <b>Diabetik:</b><br>diabetes zjištěn při hospitalizaci <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE<br><input type="checkbox"/> dieta <input type="checkbox"/> PAD <input type="checkbox"/> inzulin <input type="checkbox"/> edukace sestrou   | Výše uvedené skutečnosti jsem vzal na vědomí.<br>Svým podpisem stvrzuji, že informace sdělené sestrou při propuštění jsou srozumitelné.<br><br>Podpis pacienta (nejbližších příbuzných): _____<br><br>Podpis sestry: _____   |

ZD 20 Edukační záznam Verze: 02 2/2

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., 1997

Příloha I b- Formulář Propouštěcí zpráva, Edukační list

| Identifikační štítek pacienta  |      | EDUKAČNÍ ZÁZNAM  |   |  NEMOCNICE<br>JABLONEC NAD NISOU, p. o. |  |   |  |  |
|--|------|--|---|--|--|---|--|--|
| TÉMA EDUKACE   |      |  | KDO EDUKUJE   |  |  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> 1 výživa +hydratace<br><input type="checkbox"/> 2 sebepečte + péče o operační ránu<br><input type="checkbox"/> 3 užívání pomůcek<br><input type="checkbox"/> 4 péče o invazivní vstupy<br><input type="checkbox"/> 5 péče o stomii<br><input type="checkbox"/> 6 analgetická terapie<br><input type="checkbox"/> 7 prevence TEN |      |  | <input type="checkbox"/> 8 prevence pádu<br><input type="checkbox"/> 9 péče o chronickou ránu<br><input type="checkbox"/> 10 aplikace inzulínu +edukace diabetika<br><input type="checkbox"/> 11 respirační terapie<br><input type="checkbox"/> 12 rehabilitace + pooperační režim<br><input type="checkbox"/> 13 možnost péče v terénu<br><input type="checkbox"/> 14 edukace těhotné, rodičky, šestinedělký |  |  | <input type="checkbox"/> sestra<br><input type="checkbox"/> lékař<br><input type="checkbox"/> nutriční terapeut<br><input type="checkbox"/> fyzioterapeut<br><input type="checkbox"/> sociálně zdravotnický pracovník |  |  |
| DATUM<br>HODINA  | TÉMA | REAKCE EDUKOVANÉHO   | PODPIS KDO EDUKUJE  |  |  |   |  |  |
|  |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |   |  |  |   |  |  |
|  |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |   |  |  |   |  |  |
|  |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |   |  |  |   |  |  |
|  |      | <input type="checkbox"/> verbalizuje, pochopení<br><input type="checkbox"/> odmítá výuku<br><input type="checkbox"/> prokazuje dovednost<br><input type="checkbox"/> nutno opakovat<br><input type="checkbox"/> ptá se<br><input type="checkbox"/> není schopen pochopit |   |  |  |   |  |  |

ZD 20 Edukační záznam  
verze: 02

1/2

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., 1997

Příloha J-Formulář Prevence a léčba ran



| Popis rány :      | Datum: | Datum : | Datum: | Datum: | Datum: | Datum: |
|-------------------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Velikost rány     |        |         |        |        |        |        |
| Barva + povlak    |        |         |        |        |        |        |
| Secernace         |        |         |        |        |        |        |
| Bolest            |        |         |        |        |        |        |
| Zápach            |        |         |        |        |        |        |
| Okolí rány        |        |         |        |        |        |        |
| Stér z rány       |        |         |        |        |        |        |
| ATB               |        |         |        |        |        |        |
| Obklad            |        |         |        |        |        |        |
| Primární krytí    |        |         |        |        |        |        |
| Předpis materiálu |        |         |        |        |        |        |
| Kontrola+ plevaz  |        |         |        |        |        |        |
| Poznámka          |        |         |        |        |        |        |
| Podpis            |        |         |        |        |        |        |

ZD 23 Prevence a léčba ran  
Verze: 02

2/2

Zdroj: Nemocnice Jablonec nad Nisou, p. o., 2008

Příloha K-Ošetřovatelská překládová zpráva

| OŠETŘOVATELSKÁ PŘEKLÁDOVÁ ZPRÁVA   |   |  NEMOCNICE<br>JABLONEC NAD NISOU, p. o.   |  |
|--|---|--|--|
| Identifikační štítek pacienta  |   |  |  |
| <p><b>Překlad odkud:</b><br/>karm:</p> <p><b>Alergie:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne<br/>jaká:</p> <p><b>Krevní deriváty:</b></p> <p><b>1. Bolest:</b> <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne<br/><b>Lokalizace:</b></p> <p><b>Intenzita:</b></p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p><b>2. Deficit se péče:</b><br/>v čem</p> <p>Pacient si své věci sbalil sám a ručí si za ně<br/>Podpis pacienta: <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> | <p><b>3. Porucha integrity kůže, sliznic:</b><br/><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne<br/><input type="checkbox"/> stisky <input type="checkbox"/> oper. rána<br/><input type="checkbox"/> jiné <input type="checkbox"/> dekubit <input type="checkbox"/> hlášena NU</p> <p>Poslední ošetření:</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p><b>4. Invazivní vstupy, lokalizace, stav</b></p> <p><input type="checkbox"/> PŽK ..... / ..... den</p> <p><input type="checkbox"/> Cžk, AK ..... / ..... den</p> <p><input type="checkbox"/> Drže ..... / ..... den</p> <p><input type="checkbox"/> Epistáza ..... / ..... den</p> | <p><b>5. Výživa</b><br/>Dieta číslo: .....<br/>omezení:</p> <p><input type="checkbox"/> diabetik <input type="checkbox"/> inzulín<br/><input type="checkbox"/> sonda, typ</p> <p><b>Bilance tekutin:</b> od ..... do .....<br/>přijem .....<br/>výdej .....</p> <p><b>6. Vyprazdňování</b><br/><b>Moč:</b> močí spont. <input type="checkbox"/><br/>inkontinence <input type="checkbox"/><br/>PMK <input type="checkbox"/><br/>problémy (jaké):</p> <p><input type="checkbox"/> krvácení (jaké):</p> <p><b>Stooly:</b> poslední dne<br/><input type="checkbox"/> pravidelná <input type="checkbox"/> nepravidelná<br/><input type="checkbox"/> průjem <input type="checkbox"/> zácpa<br/><input type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> problémy</p> <p><b>Stomie:</b></p> <p><b>7. Dýchání:</b><br/><input type="checkbox"/> bez potíží<br/><input type="checkbox"/> dušnost<br/><input type="checkbox"/> kašel<br/><input type="checkbox"/> O2 terapie<br/><input type="checkbox"/> tracheostomie</p> <p><input type="checkbox"/> ventilace <input type="checkbox"/> řízná <input type="checkbox"/> podpůrná</p> <p><b>kouření:</b><br/>ANO <input type="checkbox"/><br/>NE <input type="checkbox"/></p> | <p><b>8. Psychický stav:</b><br/><input type="checkbox"/> apokracuje <input type="checkbox"/> nespokojenost<br/><input type="checkbox"/> lhostý <input type="checkbox"/> mroušený<br/><input type="checkbox"/> orientovaný <input type="checkbox"/> zmataný</p> <p><b>Vědomí:</b> <input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez omezení<br/><input type="checkbox"/> porucha vědomí <input type="checkbox"/> ztláčený<br/><input type="checkbox"/> bezvědomí <input type="checkbox"/> nebe návazat</p> <p><b>Kontakt:</b> <input type="checkbox"/> bez omezení<br/><input type="checkbox"/> ztláčený</p> <p><b>Spánek:</b><br/>narušený, problémy (jaké):</p> <p><b>potřeba řešit sociální situaci</b><br/><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p>Inf. souhlas s hospitalizací podepsán<br/>a originál předán na oddělení:<br/><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p> <p><b>Poslední podaná medikace,<br/>plánované výkony a vyšetření:</b></p> <p>Předala sestra .....<br/>datum, hodina</p> <p>Převzala sestra .....</p> |

ZD 01 Ošetřovatelská překládová zpráva  
verze 06

Vzor pro tiskárnu Interprint TURNOV Průplný formulář

1/1

## Příloha L Transkripce rozhovoru

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: Dokumentace ran

AUTOR: Kovářová Marie

DATUM ROZHOVORU: 16. 2. 2018

DÉLKA ROZHOVORU: 30 minut

ÚČASTNÍCI:

T = tazající;

R = vrchní sestra, chirurgie Jablonec nad Nisou, respondent;

T: Jakým způsobem provádějí na chirurgickém oddělení všeobecné sestry záznamy akutních a chronických ran?

R: U malých, nekomplikovaných ran (po operaci, např. laparo, kýla, rány hojící se per primam, převazy pouze suchým krytím, popř. Inadine, Jelonet) stačí záznam do Realizace a plán oše. péče (je tam na to kolonka, sestry píšou např. rána, klidná, krytí suché, hojení p. p. U chronických, velkých ran, které se hojí per sekundam, používáme formulář Prevence a léčba ran. Fotodokumentaci děláme každé pondělí a podle potřeby (při převazu, změně léčby atd.), foto vytiskneme, dáváme do dokumentace.

T: Máte na oddělení sestry, které se specializují na rány? Jak si jste je vybrala, musí mít specializační kurz, jaký?

R: Na oddělení B1 je sestra, která se specializuje na rány, říkáme jí převazová sestra. její pracovní doba je ve všední dny od 6 do 14.30 hod. Vybrala jsem si jí proto, že to hlavně chce dělat, je pečlivá, jak na převazy, tak na dokumentaci. Prodělala různá školení, která se specializují na převazy ran (je pravda, že tato školení pořádají různé firmy, které se specializují na léčbu ran, ale absolvovala školení u různých firem, tak si materiál vybírá podle toho, co jí vyhovuje, co má pocit, že dobře hojí). Převazová sestra má kompetence k léčbě ran. Může stanovit postup hojení rány. Samozřejmě ve spolupráci s lékařem, ale praxe je taková, že jí doktoři poslechnou a radí se s ní. Tato sestra chodí na malé i velké vizity pacientů. Na vizitě rozdělá ránu, pochlubí se, jak hojí, popř. ránu popíše (Drén hodně odvádí, jaký obsah, včera

byla rána povleklá, dala jsem to a to). Doktoři i primář jí většinou poslechnou.

T: Jak osobně pohlížíte na Wound management v ošetrovatelské praxi?

R. Wound management, no, to jsem vlastně už popsala. Stanoví se plán, kontrola léčby, určitě sem patří následná péče. Ta je buď na naší ambulanci, nebo pacienti chodí za převazovou sestrou na oddělení, podle dohody, můžou jí v pracovní dobu zavolat a poradit se. Nebo pacienta s ránou předáváme do domácí péče. tam potom funguje domluva mezi převazovou sestrou a sestrou domácí péče. Převazová sestra tu domácí osloví, řekne jí, čím léčila, na první dny dá pacientovi domů materiál.

T: Jste spokojená se současným stavem vedení dokumentace poranění na oddělení chirurgie?

R: Jsem, musím říci, že za tu dobu, co tady jsem (nechci se chlubit) nastal posun v dokumentaci i léčbě. Převazovou sestru neomezuju v tom, čím chce léčit, také tomu nerozumím), dřív se nepoužíval formulář Prevence a léčba ran (i když se používat měl). Fotodokumentaci provádíme teprve rok. měla jsem předtím jinou převazovou sestru a tu strašně nebavila dokumentace, takže jsme bojovaly.

T: K čemu fotografie ran využíváte?

R: Použití? Asi jako záznam péče, možná při soudních sporech, stížnostech, kazuistiky.

T: Jak pohlížíte do budoucnosti v souvislosti zavedení elektronické ošetrovatelské dokumentace?

R: Budoucnost elektronické fotodokumentace? Jo, to asi bude fajn, ale nic moc o tom nevím, hlavní sestra říkala, že se plánuje v současném IKISu i focení ran, ale fakt o tom moc nevím. A abych se přiznala, osobně nemám potřebu změny. myslím si, že to takhle vyhovuje i po právní stránce.

T: Děkuji za rozhovor.

## Příloha M